諏訪中央病院セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに
同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来相談を申し込みます。

平成　　年　　月　　日　ご相談者氏名　　印（続柄　　）

ふりがな	
患者さん氏名・性別	殿　（男・女）
患者さん生年月日（年齢）	（大正・昭和・平成）　年　月　日生（　歳）
患者さんの住所・ＴＥＬ	〒 TEL　（　）
ご相談者の住所 （患者さん以外の場合記入）	〒
ご相談者の連絡先	TEL　（　） FAX　（　） 昼間連絡可能な番号(携帯電話等)　（　）
病名 （わかる範囲で結構です）	
ご相談の内容 （できるかぎり具体的にお書き下さい。）	
主治医の医療機関名 診療科　医師名 上記医療機関の住所･連絡先(TEL) （お分かりになる範囲で結構です）	（　）病院・診療所 （　）科（　）先生 〒 TEL　（　）

諏訪中央病院　患者サポートセンター FAX：0266-72-6930