

セカンドオピニオン 申込書

平成 年 月 日 氏名 _____

患者さまの氏名・住所	ふりがな
	氏名： _____ (男・女) (_____ 歳)
	生年月日：(明治・大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日
	住所： _____
ご相談者氏名 住所 連絡方法	氏名： _____ ご本人・ご家族(続柄 _____)
住所： _____	
TEL： _____ - _____	
ご相談の希望日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)ごろ
疾患名	
ご相談の具体的な内容 時間内でご満足頂ける回答をご提供するため、お聞きになりたいことを具体的にあげてお書き下さい。(別紙でも結構です)	
主治医の医療機関名とお名前・所在地・電話番号 (わかる範囲で結構です)	_____ 病院・診療所 (_____)科 (_____)先生 所在地 _____ TEL： _____ - _____

【確定内容】 (病院記載欄)

相談日時	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) _____ 時 _____ 分
担当医	_____ 科 _____ 先生
相談場所	診療科診察室・その他 (_____)

* ご相談日はご希望に添うように調整いたしますが、他の患者さまの治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがあります。ご了承下さい。

京都第一赤十字病院 医事2課
〒605-0981 京都市東山区本町15丁目749番地
TEL：075-561-1121(内線3601) FAX：075-533-1283