セカンドオピニオン　申込書

令和　　年　　月　　日　　氏名

患者氏名・住所	ふりがな
	氏　名：　　（男・女）
	生年月日：(明治・大正・昭和・平成・令和)　　年　　月　　日
	〒 住　所：
ご相談者氏名・氏名	氏　名：
	〒 住　所：
	ＴＥＬ：
ご相談の希望日	
疾患名	
ご相談の具体的な内容 ※時間内でご満足いただ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挙げてお書きください。(別紙でも結構です。)	
主治医の医療機関名と 氏名・所在地・ＴＥＬ (分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	令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分
担 当 医	科　　先生
相談場所	診療科診察室・セカンドオピニオン外来・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、他の診療等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。ご了承ください。

京都第一赤十字病院　　地域医療連携室
〒６０５－０９８１　京都市東山区本町１５丁目７４９番地
ＴＥＬ：０７５－５６１－１１２１（内線３７０８）　　ＦＡＸ：０７５－５３３－１３０７