

小田原市立病院 セカンドオピニオン外来申込書

記入日：西暦 年 月 日

患者	フリガナ		男・女	生年 月日	大正・昭和・平成	
	氏名				年	月
	住所	〒	自宅電話			
			携帯電話			
相談者	フリガナ		男・女	続柄		
	氏名					
	住所	〒	自宅電話			
			携帯電話			
希望の診療科・医師がありましたらご記入ください (相談内容によってはご希望の診療科以外で実施する場合があります)				科	医師	
患者の状況						
病名			(入院中 ・ 通院中 ・ その他)			
受診している医療機関						
〒			医療機関名			
住所			診療科			
			主治医			
お持ちいただける資料						
・ 紹介状 (診療情報提供書) ・ XP フィルム ・ CD-ROM ・ 検査記録 ・ その他 () ・ 資料返却の 要 ・ 否						
ご相談内容 (相談の目的、今までの経過、現在の状況など出来るだけ具体的にご記入ください)						
(この欄に書き切れない場合は裏面をご利用ください)						

