

小田原市立病院　電話（代表0465-34-3175）
送信先FAX　0465-34-3180（小田原市立病院予約センター）
受付時間：月曜日～金曜日（土日・祝日除く）午前8時30分から午後5時まで

小田原市立病院　セカンドオピニオン外来申込書

記入日　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

* 情報提供書（セカンドオピニオン）を添付しFAXください。

フリガナ				性別
患者氏名				男・女
生年月日	年	月	日	歳
患者住所				
電話				
希望診療科	科			
①患者本人が来院　②患者本人以外が来院：この場合患者本人からの同意書が必要です				
フリガナ				患者との続柄
相談者氏名				
相談者住所	〒			
電話				
疾患名				
患者の現在の状況	入院中　通院中　その他			
相談不可日	月　日（　）　月　日（　）　月　日（　）			
申込医療機関	主治医	科　　　　　　　先生		
	医療機関名			
	住所			
	電話			
	FAX			
	担当者			