

小田原市立病総合医療センター 電話（代表0465-34-3175）

送信先FAX 0465-34-3180

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

小田原市立総合医療センター 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。

日程調整に1週間程お時間をいただきます。日時決定後予約票を返信させていただきます。

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	
受診不可日	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	