セカンドオピニオン外来申込書（様式1）

年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）患者様の氏名 |  | 生年月日 | 大・昭・平・令　　年　　月　　日 |
|  |
| ご住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅（　　　　）　　―　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX（　　　　）　　―携帯（　　　　）　　― |
| 相談者氏名 |  | 患者様との続柄 |  |
| 相談にこられる方 | 本人　　・　　ご本人とご家族　　ご家族　　（○を付けてください） |
| ＊相談内容＊診断名または症状（現状）現在かかられている病院名、診療科と主治医のお名前質問事項（必ずご記入ください） |

公益社団法人日本海員掖済会

名古屋掖済会病院　地域医療支援センター

TEL：052-652-7781

FAX：052-652-4774