

セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

希 望 診 療 科	科
-----------	---

フリガナ		男 ・ 女
患者さんの氏名		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
住 所	〒 ー	

フリガナ		男 ・ 女
相 談 者 氏 名		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
ご相談者の続柄	本人 ・ 家族 (続柄:)	
連 絡 先	() ー () ー	

相談にこられる方	本人 ・ 本人と家族 ・ 家族
----------	-----------------

疾 患 名	
-------	--

ご 相 談 内 容	
-----------	--

現在かかられている 医療機関名・医師名	病院 ・ 医院 ・ 診療所 科 先生
------------------------	-----------------------

当院を受診したことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ある いつ頃 () <input type="checkbox"/> ない
----------------------	--

《 病院記載欄 》

相 談 日 時	年 月 日 () 時 分
担 当 医	科 医師
相 談 場 所	

高知県立あき総合病院 地域連携センター
高知県安芸市宝永町3番33号 【代】 0887-34-3111