

平鹿総合病院セカンドオピニオン外来 申込書

平成 年 月 日

「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を了承した上で、セカンドオピニオン外来を申し込みます。

患者氏名	生年月日	性別	年齢
	大・昭・平 年 月 日生	男・女	歳
患者住所		患者電話番号	
〒		TEL	
		携帯	
相談者氏名	相談者続柄	相談者電話/FAX番号	
		TEL	
相談者住所		FAX	
〒		携帯	
【疾患名】			
相談を希望する診療科 _____ 科 相談を希望する医師名 _____			
【ご相談の目的】			
【これまでの経過】			
【現在の状況】			
【現在診療を受けている入院または通院先】			
医療機関名 _____			
診療科 _____			
主治医名 _____			
所在地 _____			
電話番号 _____			

秋田県厚生連平鹿総合病院 地域医療連携室
〒013 - 8610 秋田県横手市前郷字八ツ口3番1
TEL 0182 (32) 0649(直通)
FAX 0182 (32) 0698(直通)