医療法人社団埼玉巨樹の会　新久喜総合病院セカンドオピニオン外来　申込書

「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込みます。

平成　　年　　月　　日　相談者氏名　　印

患　者	ふりなが 氏名	男 女	生年月日 大・昭・平　　年　　月　　日	歳
	住所　〒		ＴＥＬ（　　－　　－　　）	
相談者	ふりなが 氏名	相談者続柄	ＴＥＬ（　　－　　－　　） ＦＡＸ（　　－　　－　　） 携　帯（　　－　　－　　）	
・病名			【　　】科を希望	
・相談の目的				
・今までの経過				
・現在の状況				

・受診している医療機関

病院名：　　住所：

主治医：　　科　　先生

資料：　手元にある　　・　　これから準備　（　　月　　日迄に揃う予定）

〔紹介状（　　先生宛）・画像（フィルム・ＣＤ－ＲＯＭ）・プレパラート・他（　　）〕

・相談日について（月～金の８時３０分～１７時００分）**ご都合の悪い日・時間**をお知らせください。

ＦＡＸ．　０４８０－２６－６３０１