

社会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し込みます。

年 月 日 相談者氏名 印

患者	ふりがな 氏名	男 女	生年月日 年 月 日	歳
	住所 〒		TEL ( - - )	
相談者	ふりがな 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) <u>ご都合の悪い日・時間をお知らせください。</u>				