セカンドオピニオン申込書

平成　　年　　月　　日

（ふりがな） 患者さまの氏名		生年月日	明・大・昭・平 年　月　日		
	（男・女）				
現住所	TEL（　　）　－　FAX（　　）　－				
相談者氏名		続柄		紹介状及び検査データなど	有・無
希望診療科	（　　）科				
又は希望医師	（　　）医師				
相談日	1週間以内に　・　2週間以内に　・　特になし　（いずれかに○をつけてください）				
相談に来られる方	ご本人　・　ご本人とご家族　・　ご家族　（いずれかに○をつけてください）				

【相談内容】

○診断名または症状（現状でわかる範囲を書いてください）

○現在かかられている病院名

○その他（現在までの経過や聞きたいことを書いてください）

丸山記念総合病院　総合医療支援課 地域医療連携室
さいたま市岩槻区本町 2-10-5
電話番号　（048）757 - 3511