# セカンドオピニオン申込書

年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| （ふりがな）<br>患者さまの氏名 | （男・女） | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 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<br>又は希望医師 | （　　）科<br>（　　）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　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