

総合病院山口赤十字病院 セカンドオピニオン申込書

受付月日 平成 年 月 日

患者の お名前・性別	*フリガナ	生年 月 日	
	男・女	* M・T・S・H 年 月 日 (歳)	
患者の 住所・連絡先 (必ず連絡がつく 番号)	〒		
	* TEL		携帯電話
	* FAX		
相談者のお名前	*フリガナ		
		患者様と の続柄	*
相談者住所 連絡先	〒		
	* TEL		携帯電話
	* FAX		
疾患名	1 2 3		
患者の 現在の状況	* 丸で囲む 通院中 入院中 (		
* 相談目的 (簡単に)			
紹介状の有無	* 丸で囲む 有 無		
受診希望月日	月 日 (月 木) 曜日		
	① 13:00~14:00 ② 14:00~15:00 ③ 15:00~16:00		
その他			

* の項目は相談時に必ず記入の事