

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 年 月 日

患者	ヨミガナ		生年月日	T・S・H・R
	氏名	男 女	年 月 日	( 歳)
	〒		TEL	
			FAX	
		携帯		
相談者	ヨミガナ		患者さんとの続柄	
	氏名			
	〒		TEL	
			FAX	
		携帯		
疾患名	1.			
	2.			
	3.			
患者さんの現況 通院中 ・ 入院中 ( )				
相談目的				
受診希望日	①	月	日	曜日
	②	月	日	曜日
その他				