

佐渡総合病院 セカンドオピニオン申込書

※太枠内をご記入ください。

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

相談 の 対 象 者	フリガナ				男・女
	患者氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
	患者の住所・連絡先	〒 - - - - -			
	佐渡総合病院受診歴	有（診察券番号： - - - - -） ・ 無			

相 談 申 出 者	フリガナ				
	相談者氏名 (患者さん本人または患者さんの同意を得ている家族)	(続柄)			
	相談者の住所・連絡先	〒 - - - - -			
	患者さんの現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他 入院中（入院した）または通院中（通院した）の医療機関及び診療科 医療機関名： 診 療 科： 主治医氏名：			
	疾 患 名				
	相 談 内 容 (ご自由にお書きください。 書ききれない場合は、別紙にお書きください。)				

以下は佐渡総合病院の記入欄です。

決定	相談診療科 医 師 名		相談日	平成 年 月 日	午前・午後 時 分
----	----------------	--	-----	----------	-----------