

岩手県立大船渡病院 セカンドオピニオン外来相談申込書

岩手県立大船渡病院 御中

訴訟等の目的に使用しないこと及び相談料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来の相談を申し込みます。

平成 年 月 日

相談者氏名 _____ 印

| | | | |
|--|--|----|-------|
| 患者様氏名 | (ふりがな) _____ | 性別 | 男 ・ 女 |
| 患者様生年月日 | 明治・大正 昭和・平成 年 月 日 (歳) | | |
| 患者様住所・電話番号 | 〒 _____ TEL : () 携帯電話 : () | | |
| ご相談者 | <input type="checkbox"/> 患者様ご本人 (患者様ご本人とご家族の場合を含む) <input type="checkbox"/> ご家族のみ (続柄 配偶者・子・親) | | |
| ご相談者の連絡先 | TEL : () ←患者様ご本人の場合は記入不要です 携帯電話 : () FAX : () | | |
| 患者様の疾患名 | ① _____ ② _____ | | |
| ご相談の具体的な内容 <small>時間内で出来るだけご満足いただける回答を提供させていただくため、お聞きになりたい事を具体的に記入されますようお願いいたします。用紙が不足する場合は、別紙でもかまいません。</small> | | | |
| 主治医の医療機関名・住所・電話番号・診療科及び氏名 (おわかりになる範囲で結構です) | | | |

●受診可否・受診予約内容 (以下、病院使用欄ですので記入しないでください)

| | |
|-------|----------------------------------|
| 受診の可否 | 可 ・ 否 (可否決定医師 : _____) |
| 受診日時 | 年 月 日 () 時 分 |
| 相談担当医 | 科 |
| 相談場所 | 診療科診察室 (_____) ・ その他 (_____) |

※ お申し込み先 : 岩手県立大船渡病院 地域医療福祉連携室

〒022-8512 岩手県大船渡市大船渡町字山馬越 10 番地 1

TEL : 0912-26-1111 FAX : 0192-27-7170