

セカンドオピニオン外来受診申込書

フリガナ 患者様氏名		男 ・ 女	生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日 才
患者様 住所・電話	☎ 電話 () -		
フリガナ 相談者氏名		年齢	男 ・ 女 患者様との続柄
相談者 住所・電話	☎ 電話 () -		
現在の主治医 と医療機関名	【医療機関名】 _____ 【電話番号】 _____ 【診療科名】 _____ 【主治医名】 _____ 【病 名】 _____ 【患者様の現在の状況】 入院中 ・ 通院中 ・ その他()		
希望診療科	希望診療科 _____ ※希望が無い場合は、当院で調整致しますので、無記入で構いません。		
具体的な相談内容（ご自由にお書き下さい。用紙が不足する場合は別紙追加でも構いません。）			

お問合せ

函館中央病院 〒040-8585 函館市本町33-2 代表電話 (0138)55-3421
 担当 地域医療連携室