

セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

希望診療科	科
-------	---

フリガナ		男 ・ 女
患者さんの氏名		
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)	
住 所	〒 ー	

フリガナ		男 ・ 女
相談者氏名		
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)	
ご相談者の続柄	本人 ・ 家族 (続柄:)	
連絡先	() ー () ー	

相談にこられる方	本人 ・ 本人と家族 ・ 家族
----------	-----------------

疾患名	
-----	--

ご相談内容	
-------	--

現在かかられている医療機関名・医師名	病院 ・ 医院 ・ 診療所 科 先生
--------------------	-----------------------

当院を受診したことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある いつ頃 () <input type="checkbox"/> ない
------------------	--

《 病院記載欄 》

相談日時	年 月 日 () 時 分
担当医	科 医師
相談場所	

高知県立あき総合病院 地域連携室
高知県安芸市宝永町3番33号 【代】 0887-34-3111