

別紙 1

嬉野温泉病院セカンドオピニオン外来 申込書

「嬉野温泉病院セカンドオピニオン外来」の内容を了承した上で、セカンドオピニオン外来を申込みます。

平成 年 月 日 相談者氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者	しめい 氏名	男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	住所〒	TEL(      —      —      )	
相談者	しめい 氏名	相談者続柄	TEL(      —      —      ) FAX(      —      —      )
	住所〒	携帯(      —      —      )	
・ 病名			
・ 相談の目的			
・ 今までの経過			
・ 現在の状況			
・ 受診している医療機関 病院名： _____ 住所： _____ 主治医： _____ 科 _____ 先生 _____			
・ 相談日について（月～金の9時から17時、祝祭日を除く）ご都合の悪い日・時間をお知らせ下さい。			