

セカンドオピニオン外来 申込書

令和 年 月 日

氏名 _____

患者さまの氏名・住所	ふりがな
	氏名 : _____ (男・女) (_____ 歳)
	住所 : _____
ご相談者氏名 住所 連絡先	氏名 : _____ ご本人・ご家族 (続柄 _____)
	住所 : _____
	TEL : _____ — _____
ご相談の希望日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) ごろ
疾患名	
ご相談の具体的な内容 ※時間内でご満足頂ける回答をご提供するため、お聞きになりたいことを具体的にあげてお書き下さい。(別紙でも結構です)	
主治医の医療機関名とお名前・所在地・電話番号 (わかる範囲で結構です)	_____ 病院・診療所 (_____) 科 (_____) 先生 所在地 _____ TEL : _____ — _____

【 確定内容 】 (病院記載欄)

相談日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) _____ 時 _____ 分
担当医	_____ 科 _____ 先生
相談場所	診療科診察室 ・ その他 (_____)

※ご相談日はご希望に添うように調整いたしますが、他の患者さまの治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがあります。ご了承下さい。

〒629-0197 京都府南丹市八木町八木上野25番地

京都中部総合医療センター 地域医療連携室

電話番号 : 0771-42-2510 (代)

FAX : 0771-42-5071