

鳥取赤十字病院 セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
希望診療科	科
患者様の氏名・性別	ふりがな 氏名 (男・女)
生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日 生 ( 歳 )
患者様の住所・連絡先  (携帯電話をお持ちの方は必ずお願いします)	〒 —  TEL ( ) FAX ( )
相談者氏名(続柄) 連絡先  (携帯電話をお持ちの方は必ずお願いします)	ふりがな 氏名 (続柄 : )  TEL ( ) FAX ( )
現在かかっている 医療機関と主治医	( ) 病院・診療所 ( ) 科 ( ) 先生
ご相談の具体的な内容  (ご自由にお書き下さい。用紙が不足する場合は別紙でも結構です)	