

鳥取赤十字病院 セカンドオピニオン外来申込書

_____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	<small>ふりがな</small> 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)	<small>ふりがな</small> 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)	