

熊本赤十字病院

セカンドオピニオン外来 申込書

患者	氏名 (ふりがな)		生年月日		年齢
			明・大	年 月 日	歳
			昭・平・令		
	住所 (〒)				
	電話	携帯電話	FAX		
相談者	氏名 (ふりがな)		続柄	電話	
				携帯電話	
				FAX	
	住所 (〒)				
《ご相談の目的》					
相談を希望する診療科 _____ 科・医師名 _____					
《現在の状況》					
《これまでの経過》					
《現在、入院または通院されている病・医院》					
病・医院名 _____ 診療科 _____ 主治医名 _____					
住所 _____ TEL _____					