

# セカンドオピニオン外来申込書

王子総合病院 セカンドオピニオン外来

太枠内をご記入の上、下記へFAX、または郵送にてお申し込みください。

FAX 送信先：0144-33-3811

郵送先：苫小牧市若草町3丁目4番8号

王子総合病院 地域医療連携室

患者さま	お名前	フリガナ	男 / 女	生年月日
				明治 / 大正 / 昭和 / 平成 年 月 日
ご相談者	お名前	フリガナ	男 / 女	患者さまとの続柄
	ご住所	〒 —		
	電話番号	( ) —		
	FAX 番号	( ) —		

該当するものを選択、または、ご記入ください

1. 患者様の現在の状況  
     入院中            通院中            その他 (            )
2. 診断を受けている (受けた) 医療機関  
     医療機関名：  
     診療科名：
3. 診断名
4. 医師に相談を希望する内容
5. 当院からの連絡に際してご希望があればご記入ください

連携室記載	電話 受付日		電話 受付者		申込書 受付日		申込 受付者	
持参資料					診療科			
					担当医			