

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			