

文書 2)

白根徳洲会病院

セカンドオピニオン外来 申込書

患者サポートセンター TEL 055-284-7025 FAX 055-284-7820

申込み日 年 月 日

ふりがな	
患者様氏名・性別	(男・女)
生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生(歳)
住所	〒 TEL ()
ご相談者氏名	
ご相談者の連絡先	住所 TEL () FAX () 日中連絡可能な番号 (携帯番号) ()
ご相談者の続柄	ご本人・関係者(続柄)
疾患名	・ ・ ・
主治医の医療機関名とお名前 医療機関名： 病院 診療科： 科 先生	
主治医医療機関のご住所、連絡先(お分かりになる範囲で結構です) 〒 電話 FAX	