秀和総合病院 地域連携室宛
FAX：048-737-5522

セカンドオピニオン申込書

（※ 太枠内を全てご記入下さい）

申込日　　年　　月　　日

患者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	生年月日	西暦　年　月　日生　満　歳
患者住所	〒			
面談者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	患者との続柄		
面談者住所	〒			
連絡先電話番号	（自宅）	（その他）		
他に同席する面談者氏名				

現在の診察状況	病院等の名称	
	□ 外来通院中　□ 入院中	
事前提出できる書類	□ 症状説明書（紹介状 等）	□ レントゲンフィルム（CT等を含）
	□ 検査データ	□ その他（　　）

面談希望診療科	科	面談希望日	第1希望　年　月　日（　） 第2希望　年　月　日（　） 第3希望　年　月　日（　）

意見を求めたい内容(要点を簡潔に記入して下さい)

資料返却確認欄	受領者署名	

秀 和 総 合 病 院