広島西医療センターセカンドオピニオン申込書

申込日：　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 患 者 氏 名 |  |
| 生 年 月 日 | 　大・昭・平・令　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　　歳） |
| 患 者 住 所 | 〒TEL（　　　） 携帯電話（　 　　） |
| ふりがな |  | 続　柄 | 来院予定人数 |
| 相 談 者 氏 名 |  |  | 人 |
| 相 談 者 住 所 | 〒TEL（　　　　） 携帯電話（　　　） |
| 現 在 の医 療 機 関 名 | 病院・医院 | 診療科　　　 　科先生 |
| 病　　　名 |  | 現在□入院中　・　□外来通院中 |
| 相 談 内 容(※別紙でも構いません) |  |
| 希 望 日 | 第一希望　　　　　年　　　　月　　　　日第二希望　　　　　年　　　　月　　　　日 |

※　担当医師と日程を相談いたしますので、ご希望に添えない場合もございます。

※　ご記入いただきました個人情報につきましては、セカンドオピニオンの提供に利用するものでありこの目的以外にも用いません。

病院使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科・医師名　　　　　　　科　　　　　　　　医師 | 相談日　　　　　年　　　月　　　日　　（　　）　時　　　　分 |