

市立旭川病院 セカンドオピニオン外来申込書

FAX 0166-25-8370

申込日: 年 月 日

患者	氏名	(フリガナ) (男・女)					
	生年月日	年	月	日生 (歳)			
	住所	〒					
	連絡先	TEL: FAX:					
	当院受診歴	あり (患者番号) ・ なし					
相談者	氏名	(フリガナ) (男・女)					
	生年月日	年	月	日生 (歳)			
	住所	〒					
	連絡先	TEL: FAX:					
	患者様との続柄	家族 (続柄)					
希望予約日		第1希望	月	日()曜日	午前・午後	: 時~	:
		第2希望	月	日()曜日	午前・午後	: 時~	:
相談に来られる方		ご本人 ・ ご本人と家族 ・ ご家族					
相談の具体的内容		相談目的・相談内容					
		現病名					
		現在までの経過					
要望事項・留意事項							
診療情報として提供できる資料等		<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム(<input type="checkbox"/> CD-ROM) <input type="checkbox"/> その他					
主治医の医療機関名と 主治医名・所在地・ 電話番号		病院・診療所					
		科	医師				
		所在地					
		電話番号					

○太枠の中をご記入後、本用紙をFAXでお送り下さい。

受診日が決まりましたら「予約受付票」をFAXで返信いたしますので、患者様にお渡し下さい。