

セカンドオピニオン申込書

セカ①

貴院の「セカンドオピニオンに関する規程」に則り、申込みます。

平成 年 月 日

患者ご本人様の署名
(自署)

⑩

患者ご本人様以外の署名
(自署)

⑩

フリガナ 患者氏名		性別	男女
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)		
フリガナ 相談者氏名	続柄()	性別	男女
相談者 住所	電話() -		
相談 内容 (具体的に)			
受診した 医療機関	名称: 住所: 診療科: 主治医氏名:		

〒651-1512

兵庫県神戸市北区長尾町4663番の3

社会医療法人寿栄会 ありまこうげんホスピタル

TEL (078)986-1115(代)

FAX (078)986-1850

担当 地域医療連携室

セカンドオピニオン申込書

セカ-①

書き方

貴院の「セカンドオピニオンに関する規程」に則り、申込みます。

規程はホームページ又は来院して頂き必ずお読み下さい。

月 日

患者ご本人様の自著が不可能な場合は、空欄にして下さい。

患者ご本人様の署名
(自署)

⑩

患者ご本人様以外の署名
(自署)

⑩

フリガナ 患者氏名		性別	男 女
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)		
フリガナ 相談者氏名		性別	男 女
相談者 住所	相談者が患者本人様の場合は「同上」と記入して下さい。		
	電話() -		
相談 内容 (具体的に)	まず、電話で連絡と確認を行います。 連絡の取れる番号を必ず記入下さい。		
受診した 医療機関	名称: 住所: 診療科: 主治医氏名:		

右記に郵送又は、病院受付で申し込み下さい。
ご不明の点があれば担当にお問い合わせ下さい。

〒651-1512
兵庫県神戸市北区長尾町4663番の3
社会医療法人寿栄会 ありまこうげんホスピタル
TEL (078)986-1115(代)
FAX (078)986-1850

担当 地域医療連携室