

国際医療福祉大学熱海病院
セカンドオピニオン外来 申込書

■ 患者さま情報

フリガナ			
氏名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 (歳)
住所	〒 —		
電話番号		携帯電話	

■ 相談者（代理人）情報

フリガナ		患者さまとの続柄	
氏名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 (歳)
住所	〒 —		
電話番号		携帯電話	

■ 相談に関する医療情報

現在受診中の医療機関名		
診療科・主治医	科	医師
疾患名（診断名）		
用意する資料（○印を記入）		
準備資料 : 診療情報提供書・画像（CD-ROM・フィルム）・検査データ・その他（ ）		
準備状況 : 手元にある ・ これから準備（ 月 日までに準備可能）		
◆ご相談内容について詳しくご記入ください。		
◆相談日の予約について、都合の悪い日・時間があればご記入ください。		
※ご希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。		