香川大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来〈受診申込書〉

私は、訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた料金を支払うことに同意し、次の内容で貴院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

令和　　年　　月　　日　　ご相談者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者さんの氏名・性別	フリガナ 様　（男・女）
生年月日（年齢）	（明治・大正・昭和・平成・令和）　年　月　日生 （　歳）
ご住所	〒
ご相談者の連絡先	電話番号（自宅） 携帯電話 FAX
ご相談者の続柄	ご本人・ご家族（続柄　）
疾患名	＃１ ＃２ ＃３
ご相談を希望される診療科 （ご希望の診療科にチェックしてください。）	□内分泌代謝内科　□循環器内科　□消化器内科　□脳神経内科 □血液内科　□腫瘍内科　□呼吸器内科　□抗加齢血管内科 □腎臓内科　□精神科神経科　□小児科　□周産期科女性診療科 □心臓血管外科　□消化器外科　□呼吸器外科 □乳腺内分泌外科　□小児外科 □形成外科・美容外科　□泌尿器・副腎・腎移植外科 □脳神経外科　□耳鼻咽喉科・頭頚部外科　□放射線治療科 □麻酔・ペインクリニック科　□歯・顎・口腔外科
ご相談を希望される医師名	
ご相談の具体的な内容 （簡潔にご記入ください。用紙が不足する場合には別紙でも結構です。）	
ご都合の悪い日など	
主治医の医療機関 TEL、FAX お名前	（　）病院・医院・診療所 TEL（　）FAX（　） （　）科（　）先生

【連絡先】香川大学医学部附属病院総合地域医療連携センター　セカンドオピニオン外来受付担当

TEL（087）891-2417　FAX 0120-141-489