

山陰労災病院 セカンドオピニオン外来申込書

記載日(年 月 日) ご相談者氏名()

(フリガナ)	
患者様氏名	
生年月日 (年齢/性別)	大正・昭和 年 月 日 (歳) (男・女) 平成・令和
ご住所	郵便番号 —
電話番号 (※電話番号は携帯電話等必ず連絡の取れる番号をご記入ください)	電話番号 () 携帯電話 () FAX番号 ()
ご相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族(続柄) ※患者様ご本人からの相談を原則とします。ご家族(二親等以内)の方の相談も可能ですが、ご家族のみでの相談の場合は患者様本人の同意書が必要となります。
疾患名 (分かる範囲でご記載ください)	
ご希望診療科	消化器内科・腎臓内科・糖尿病代謝内科・脳神経内科・循環器内科・外科・脳神経外科・心臓血管外科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・放射線科
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足する場合は、別紙でも結構です。)	
現在受診している医療機関名及び主治医 (差支えなければご記入ください)	()科 ()病院・診療所先生)

FAX番号 (0859) - 35 - 4348