

# セカンドオピニオン外来 申込書

		平成	年	月	日
(ふりがな)		生年月日	明・大・昭・平		
患者氏名	(男・女)		年	月	日
ご住所	〒				
	自宅	( )	-		
	携帯電話	( )	-		
	FAX	( )	-		
相談者氏名		患者様との続柄			
相談に来られる方	ご本人	ご本人とご家族	ご家族	(○を付けてください)	

## 【相談内容】

現在かかられている 病院名・主治医	
診断名	
現在の症状	
主治医からの説明	
質問事項 (必ずご記入ください)	

三豊総合病院  
( 地域医療連携室 )  
TEL 0875-56-3305  
FAX 0875-56-3306