

高山病院 セカンドオピニオン外来 申込書

平成 年 月 日 申込

申込者氏名

| | | |
|-------------------------------|---------|---|
| 患 者 | (ふりがな) | |
| | 氏 名 | (男 ・ 女) |
| | 生 年 月 日 | (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳) |
| | 住 所 | 〒: ☎: () |
| 相 談 者 | 氏 名 | 〒: |
| | 連 絡 先 | ☎: () 携帯電話: () FAX: () |
| | 患者との続柄 | 本人・家族 (続柄) |
| 希 望 日 | 第 1 希 望 | 年 月 日 (時頃) |
| | 第 2 希 望 | 年 月 日 (時頃) |
| 診療科・医師の指定 | | (指定がない場合は記載の必要はありません) 診療科名 ()・医師名 () |
| 疾 患 名 | | 1. ----- 2. ----- 3. ----- 4. |
| 相談の具体的内容 | | (相談目的、現在の病状についての説明、これまでの経過等をご記入ください) |
| 現在、受診中の医療機関名、 医師名、所在地、電話番号 | | (お分かりになる範囲で結構です) 医療機関名 () () 科 () 先生 所 在 地: 電 話 番 号: (- -) |

※ご相談日は、希望に添うように調整いたしますが、診療の都合により、ご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

※ご相談当日には、診療情報提供書（紹介状）及び検査結果等の資料をお借りしてご持参ください。

※受付時間：9：00～16：30（月～金、祝祭日除く）

医療法人社団 邦生会 高山病院

☎：092-921-4511 (代表)

〒818-0083 筑紫野市針摺中央2丁目11-10

FAX：092-921-4552