

## 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