≪様式 1≫

セカンドオピニオン予約申込書

		申込日	年　月　日
ふりがな			※西暦でご記入ください
患者氏名	男・女	生年月日	年　月　日（　歳）
患者連絡先	〒（　—　）（電話　—　—　）（携帯　—　—　） 住所：		
※相談者氏名		※患者との続柄	
※相談者連絡先	〒（　—　）（電話　—　—　）（携帯　—　—　） 住所：		
病名			
相談内容			
現在かかっている医療機関 医療機関名： 診療科：　主治医：			
現在の状態（〇で囲んでください）　入院中 ・ 通院中 ・ その他（　）			
※患者さまご本人が受診される場合は「相談者氏名、患者との続柄、相談者連絡先」の記入は不要です。			

【当院記入欄】	
相談日時	年　月　日（　曜日）　午前・午後　時　分
担当医	科　医師
備考	

社会医療法人愛生会　総合上飯田第一病院
地域包括サポートセンター（予約センター）　TEL：052-991-3560
FAX：052-991-3544