

# セカンドオピニオン外来申込書

(患者申出療養)

平成 年 月 日

ふりがな				生年月日	明 大 昭 平 年 月 日
患者様氏名				男 女	
現住所	〒			電話 FAX	( ) ( )
相談者氏名	患者様との関係			検査資料	有 無
希望日時	第1希望	月 日	午前 午後	病院からの回答方法の希望を○で囲んで下さい 電話 FAX 郵送	
	第2希望	月 日	午前 午後		
	第3希望	月 日	午前 午後		
相談に来られる方	ご本人  ご本人とご家族一緒  ご家族				
相談内容	申し出る治療名				
	現在かかられている医療機関名と担当医師名（現状をわかる範囲で書いて下さい）				
	その他（現在までの経過や聞きたいことを具体的に書いて下さい）				
希望する診療科・医師			科		医師

愛媛大学医学部附属病院 〒791-0295 愛媛県東温市志津川

お問合せ先： 総合診療サポートセンター TEL(089) 960-5322 FAX(089) 960-5959