

# セカンドオピニオン外来申込書

ふりがな			生年月日	M・T・S・H 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選んで下さい  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	ご本人のみ ・ ご本人とご家族と一緒に ・ ご家族のみ			
相談内容	病名、または症状（現状でわかる範囲でご記入下さい。）			
	現在かかられている医療機関名と担当医氏名（現状でわかる範囲でご記入下さい。）			
	その他（現在までの経過や聞きたいことを具体的にご記入下さい。）			
希望する診療科・ 医師名	診療科：		医師名：	

(社医)石川記念会HITO病院 〒799-0121 愛媛県四国中央市上分町788-1  
お問い合わせ先：地域連携室 電話：0896-58-2226 FAX：0896-58-5350