セカンドオピニオン申込書

（ 受診者記載用 ）

		申 込 日	平成　　年　　月　　日
（フリガナ）		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成
患者氏名			年　　月　　日（　　歳）
患者住所　〒（　　－　　） 住所：		電話（　　－　　－　　）	
相談者氏名		患者との続柄	
相談者連絡先　〒（　　－　　） 住所：		電話（　　－　　－　　）	
病名			
相談内容			
現在、入院または通院されている医療機関名			
医療機関名： 診療科：		主治医名：	
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・続柄・相談者連絡先」の記入は不要です。

【連絡票】当日は総合受付にお越しください。

相談日時	平成　　年　　月　　日（　　）　午後 ・ 午前　　時　　分
担当医	科　　医師
連絡事項等	

〒434-8533 浜松市浜北区小林1088-1
浜松赤十字病院 地域医療連携室
電話（直通） 053-401-1116
FAX（直通） 053-401-1166