

JA尾道総合病院 セカンドオピニオン相談 申込書

訴訟などの目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払う事に同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンの申し込みをします。

患者名	ふりがな			生年月日	大正・昭和・平成・令和	
	氏名	(男・女)			年	月
	住所	〒		TEL	( )	-
相談者	氏名			続柄		
	連絡先	電話	①	②		
相談の希望日	第一希望	年	月	日	( )	時頃
	第二希望	年	月	日	( )	時頃
疾患名	#1					
	#2					
	#3					
相談の具体的な内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談目的</li> <li>・病状についての説明</li> <li>・現在までの経過</li> </ul>					
主治医の医療機関と 名称・所在地・電話番号	医療機関名 :					
	診療科 :			主治医 :		
	所在地					
	電話番号	( )	-	FAX	( )	-

※記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用できるものであり、この目的以外には使用しません。

申し込み先: 尾道総合病院 地域医療連携室  
〒722-8508 広島県尾道市平原一丁目10番23号 TEL:  
0848(22)8111(代表) FAX:0848(22)5102(直通)