

セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

(ふりがな)			
患者氏名	(男・女)	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
住 所	〒	電 話	自宅 FAX 携帯
相談者氏名	患者さん との続柄		
希 望 日 時			
相談に来ら れる方	ご本人	ご本人とご家族	ご家族
相 談 内 容	診断名または現在の病状 現在かかられている病院名と担当医師名 相談事項（具体的にご記入ください）		

济生会西条病院 〒793-0027 愛媛県西条市朔日市269-1

地域医療連携室

直通電話：0897-55-9920

FAX : 0897-55-1660