

セカンドオピニオン外来 申込書

患者氏名	生年月日	性別	年齢
	大・昭・平 年 月 日生	男・女	歳
患者住所		患者電話番号	
〒		TEL	
相談者氏名	相談者 続柄	相談者 電話番号・ファックス番号	
		TEL	
相談者住所		FAX	
〒		携帯	
< ご相談の目的 >			
相談を希望する診療科 _____ 科・医師名 _____			
< 現在の状況 >			
< これまでの経過 >			
< 現在かかられている入院または通院先 >			
医療機関名			
診療科			
主治医名			
所在地			
TEL			

〒010-1495 秋田市上北手猿田字苗代沢222番地1

秋田赤十字病院 地域医療連携室

TEL 018-829-5233(直通)

FAX 018-829-5222