

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
(フリガナ)		大・昭・平・令 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・FAX番号		
			TEL		
相談者住所			携帯		
〒			FAX		
<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