

# セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

希望診療科	
-------	--

(フリガナ)		男 ・ 女
患者さんの氏名		
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 ( 歳)	
住 所	〒 -	

(フリガナ)		男 ・ 女
相談者氏名		
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 ( 歳)	
ご相談者の続柄	本人 ・ 家族 (続柄 )	
連 絡 先	( ) -	
	( ) -	

相談にこられる方	本人 ・ 本人と家族 ・ 家族
----------	-----------------

疾 患 名	
-------	--

ご 相 談 内 容	
-----------	--

現在かかられている 医療機関名・医師名	病院 ・ 診療所 科 先生
------------------------	------------------

大学病院の受診 の有無について	<input type="checkbox"/> 有 診察券の番号 ( - )
	<input type="checkbox"/> 無

## 《病院記載欄》

相 談 日 時	月 日 曜日 時 分
担 当 医	科 先生
相 談 場 所	

高知大学医学部附属病院 予約センター

TEL 088-880-2445

FAX 088-880-2774