

セカンドオピニオン 申込書

平成 年 月 日

医療機関記入欄	
医療機関名	
主治医	()科 ()先生
住所	〒
連絡先	TEL:
申込担当者	
希望診察医師	()科 ()先生・指定なし
ご希望日	(第一希望)平成 年 月 日 ()
	(第二希望)平成 年 月 日 ()
	(第三希望)平成 年 月 日 ()
疾患名	
相談者記入欄	
ふりがな	
患者さま氏名・性別	氏名 (男・女)
生年月日	生年月日(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 (才)
住所	
ご相談者氏名	氏名 続柄()
住所	〒
連絡先	TEL: 携帯電話:
ご相談内容 (別紙でも可能です)	

【確定内容】洛和会音羽病院記入欄

相談日時	平成 年 月 日 () 時 分
担当医	科 先生
備考	

FAX送付先: 洛和会音羽病院 地域連携課 FAX: 075-593-4160

TEL: 0120-607-489

〒607-8062 京都市山科区音羽珍事町2
 洛和会音羽病院
 (代)075-593-4111