

セカンドオピニオン 申込書

令和 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)令和 年 月 日 ()
	(第二希望)令和 年 月 日 ()
	(第三希望)令和 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(大正・昭和・平成・令和) 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】洛和会音羽リハビリテーション病院記入欄

相談日時	令和 年 月 日 () 時 分
担当医	科 先生
備考	

FAX送付先: 洛和会音羽リハビリテーション病院 地域連携課

FAX:075-581-6110

TEL:075-581-6868(直通)

〒607-8113 京都市山科区小山北溝町32-1
洛和会音羽リハビリテーション病院
075-581-6221(代)