

申し込み日 平成 年 月 日

米子医療センター セカンドオピニオン外来 申込書

1) ご相談者名： _____ (続柄)

ご相談者の連絡先： _____

(フリガナ)

2) 患者様のお名前： _____ (男・女)

生年月日： M: T _____ 年 月 日 () 才

ご住所： 〒 _____

電話番号： () _____

3) 傷病名： _____

4) 受診中の病院名： _____ 病院・医院

主治医： _____ 科 _____ 先生

連絡先： _____

5) ご相談内容：

6) 希望日時：(第1希望) _____ 月 日 ()

(第2希望) _____ 月 日 ()

以上をご記入の上、診療情報提供書とともに地域医療連携室
(FAX:0859-37-3931)へお申し込みください。折り返しご連絡いたします。

《当院使用欄》

受診日： H _____ 年 月 日 ()

予約時間： _____

担当医師名： _____

患者ID： _____

米子医療センター地域医療連携室
TEL 0859-37-3930

申し込み日 平成 年 月 日