

岐阜県立多治見病院セカンドオピニオン外来 申込書

(ふりがな) 患者氏名・性別	様 (男 ・ 女)
生年月日 (年齢)	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒
ご相談者の連絡先	TEL ① () - ② () - FAX () -
ご相談に来院される方	ご本人 ・ ご家族 (続柄)
現在の状況	通院中 ・ 入院中
希望診療科	
疾患名	1. 2. 3.
相談内容	<input type="checkbox"/> 別紙参照
希望日	
現在受診されている 医療機関について	医療機関名 () 診療科 () 医師名 () 担当者名 () TEL () - FAX () -

※本申込書及び診療情報提供書を、かかりつけ医療機関より FAX でお送りください。

※ご家族のみがご相談される場合は、患者さんご本人の同意書が必要となります。

※都合により、ご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。

医療連携・診療支援課 FAX : 0572-22-7948 (直通)

がん診療連携課 FAX : 0572-25-7513 (直通)