セカンドオピニオン申込書

セカンドオピニオン以外の目的に使用しないこと及び自由診療料金として、定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

年　　月　　日

患者さん	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日（年齢）	（昭和・平成・令和）　　年　　月　　日生（　　歳）
	住 所	〒 TEL　　携帯
申込者	フリガナ	
	氏 名	（続柄:　　）
	連絡先	〒 TEL　　携帯
	ご相談の目的 （□入院中　□通院中）	

医療機関連絡用　以下は各医療機関で記入し、地域医療連携室にFAXしてください。

病院名

担当部署

TEL

FAX

医療法人社団　綾和会
浜松南病院
HAMAMATSU SOUTH HOSPITAL

送付先：地域医療連携室
TEL：0120-834-373
FAX：0120-835-373