

北見赤十字病院セカンドオピニオン 申込書

申請日 年 月 日

患者様氏名・性別	(ふりがな) _____ (男・女)
患者様の生年月日(年齢)	(明・大・昭・平・令) 年 月 日生 (才)
患者様の住所	〒 _____
患者様の連絡先	TEL(_____) FAX(_____)
相談者の続柄	本人 ・ 家族 (続柄 _____)
相談者の氏名 (本人以外の場合)	(ふりがな) _____ (男・女)
相談者の住所	〒 _____
相談者の連絡先	TEL(_____) FAX(_____)
病名 (主治医より告げられた診断名)	
相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には 別紙でも結構です。)	
紹介元医療機関 名称 診療科名 主治医名	(_____) 病院・診療所 (_____) 科 (_____) 先生
紹介元医療機関 住所 連絡先	〒 _____ 住 所 _____ TEL(_____) FAX(_____)

医療機関から診療情報提供書・同意書(本人以外の場合)と共にFAX送信してもらって下さい。

(予約専用FAXフリーダイヤル ☎0120-018-599)

北見赤十字病院 地域医療連携室