様式第２号（第６項関係）

天童市民病院セカンドオピニオン外来申込書

令和　　年　月　　日

天童市民病院長　様

私は、次の内容により、天童市民病院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者さんの情報 | ふりがな |  | 性別 | 男・女 |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 本院の受診歴の有無 | 有　・　無 | | |
| 生年月日・年齢 | （大・昭・平・令）　　年　　月　　日生  歳 | | |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | |
| 連絡先電話番号 | （　　　）　　　　－ | | |
| 相　談　者 | 本人　・　家族等（続柄等：　　　　　） | | | |
| 疾　患　名 |  | | | |
| 具体的な相談内容 |  | | | |
| 受診を希望する診療科 | 科 | | | |
| 紹介元の医療機関の名称及び医師の氏名 | 病院・診療所　　　　　科　　　　　先生 | | | |