

JA 吉田総合病院 セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟など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、下記の内容でセカンドオピニオンに申込みします。

令和 年 月 日

患者氏名（性別）	ふりがな 様（男 女）		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）		
住 所			
連絡先	TEL		
相談者氏名		続 柄	
相談者連絡先	TEL		
疾 患 名			
相談内容			
現在、かかっている医療機関	_____ 病院・医院 _____ 科 _____ 先生		

以下は、記入しないで下さい（ 地域医療連携室 記入欄 ）

受 付 日	令和 年 月 日		
診 療 科		担 当 医	
相 談 日	令和 年 月 日 時 分		

JA 吉田総合病院 地域医療連携室
TEL : 0826-42-0636 (内線 3602)
FAX : 0826-47-0050