

セカンドオピニオン外来 申込書

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	
氏名			明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
患者住所			患者電話番号	
(〒)			TEL	
相談者氏名		相談者 続柄	相談者 電話番号・FAX 番号	
			TEL	
相談者住所			FAX	
(〒)			携帯	
< ご相談の目的 > 相談を希望する診療科 _____ 科・医師名 _____				
< 現在の状況 >				
< これまでの経過 >				
< 現在かかられている入院または通院先 > 病院名 () 診療科 () 主治医名 () 所在地 () TEL ()				

〒860-0811 熊本市中央区本荘5丁目16-10

熊本地域医療センター 地域医療連携室

電話 096-363-3311(代表) 内線 1251

FAX 096-362-0222