

公立能登総合病院 セカンドオピニオン申込書

令和 年 月 日

患者氏名・性別	氏名(ふりがな) (男 ・ 女)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
ご相談者(患者本人と異なる場合)	氏名(ふりがな) (患者との続柄)
住所・連絡先	〒 TEL 携帯 FAX (予約票を送信します)
希望診療科・医師名	科 (医師名:)
疾患名・相談内容	
患者の現在の状況	(入院中 ・ 通院中) の医療機関 医療機関名 : 所在地 : 連絡先 : 診療科 : 主治医氏名 :
来院できない日があれば、お書きください	

送付・お問い合わせ先
地域医療支援センター

TEL 0767-52-8718 FAX 0767-52-8772