セカンドオピニオン受診申込書

患者ID

申込年月日		年　　月　　日		
受診科目 希望する科に○を付けてください		呼吸器内科　循環器内科　呼吸器外科 心臓血管外科　放射線科		
患者氏名	ふりがな		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年　　月　　日（　　歳）		
	ご住所	〒		
	電話番号	自宅番号　（　　） 携帯番号　（　　）		
相談者 （患者さん本人の場合は記入不要です）	氏名			
	患者さんとの続柄	本人　・　本人以外（続柄　　）		
	ご住所	〒		
	電話番号	自宅番号　（　　） 携帯番号　（　　）		
希望連絡先	氏名			
	電話番号	自宅番号　（　　） 携帯番号　（　　）	希望連絡時間帯	
ご相談目的（ご相談されたいことをご記入ください）				
面談日の調整にあたり都合の悪い日をご記入ください。				
紹介元医療機関名（　　）　（通院中　・入院中） 科　　先生				

神奈川県立循環器呼吸器病センター
地域連携室　TEL　045-701-9581（代）