

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 糖尿病・内分泌内科 呼吸器外科 心臓血管外科 放射線科	
患者氏名	ふりがな		
	氏 名		性 別 男 ・ 女
	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)