

江南厚生病院 セカンドオピニオン外来 申込書

		申込日: 年 月 日	
受診者	ふりがな		男・女
	受診者氏名		生年月日
	江南厚生病院受診歴	無・有 (診察券 ID患者番号)	
	連絡先	〒	
電話			FAX
携帯電話			
相談者	ふりがな		受診者との続柄
	相談者氏名		
	相談者連絡先 (電話番号)	第1連絡先	
第2連絡先			
相談時期	数日以内・1週間～2週間以内・1ヶ月以内・その他()		
1. 受診者の現況(いずれかを○で囲ってください) 入院中・通院中・その他()			
2. 現在の主治医の医療機関名及び診療科名			
3. 病名			
4. 当日持参される資料 紹介状(診療情報提供書)・レントゲンフィルム・検査結果・その他()			
5. 医師に相談される内容			
決定日時	年 月 日()	: から担当医師()	連絡日: /

*受診者本人が相談する場合は、相談者欄の記入は不要です。
 *電話番号につきましては、必ず連絡のとれる電話番号をご記入ください。

江南厚生病院 地域医療連携センター

〒483-8704 江南市高屋町大松原137番地
 TEL(代表):0587-51-3333(内線2053)
 FAX(直通):0587-51-3343
 受付時間 月～金:8:30～16:00
 (土日・祝祭日・年末年始を除く)