

セカンドオピニオン申込書

申込書記入日 令和 年 月 日

患者 情報	フリガナ 氏 名		男 ・ 女	大正・昭和・ 平成・令和		年	月	日生(歳)
	住 所	〒						
	電話番号							
相談者 情報	※患者ご本人が相談される場合は、記入していただく必要はございません。							
	フリガナ 氏 名		男 ・ 女	患者との続柄()				
	住 所	〒						
	電話番号							
受診中 医療機関	病名							
	医療機関名							
	診療科名		【 通院中・入院中 】					
	主治医氏名							
	医療機関電話番号			FAX番号				
相談内容 (具体的に お書きください)								
希望日時	第一希望		月	日	()			
	第二希望		月	日	()			
	第三希望		月	日	()			

※相談者がご本人でない場合はセカンドオピニオン同意書が必要です。

問い合わせ先

患者支援・地域連携センター・がん相談支援センター TEL:0858-22-8181 FAX:0858-22-8210

鳥取県立厚生病院