

セカンドオピニオン外来 申込書

患者氏名	生年月日		性別	年齢
	大・昭・平・令 年 月 日生		男・女	歳
患者住所			患者電話番号	
〒			TEL	
相談者氏名	相談者 続柄	相談者 電話番号・ファックス番号		
		TEL		
相談者住所			FAX	
〒			携帯	
<ご相談の目的> 相談を希望する診療科 _____ 科・医師名 _____				
<現在の状況>				
<これまでの経過>				
<現在かかられている入院または通院先> 医療機関名 診療科 主治医名 所在地 TEL				

〒010-1495 秋田市上北手猿田字苗代沢222番地1

秋田赤十字病院 地域医療連携室

TEL 018-829-5233(直通)

FAX 018-829-5222