

北海道立北見病院セカンドオピニオン 申込書

申請日 年 月 日

氏名・性別	(ふりがな)
	(男・女)
生年月日(年齢)	(明・大・昭・平・令) 年 月 日生 (才)
住所	〒 -
連絡先	TEL (- -) FAX (- -)
相談者の続柄	本人 ・ 家族 (続柄)
相談者の氏名・性別 (本人以外の場合)	(ふりがな)
	(男・女)
相談者の住所 (本人以外の場合)	〒 -
相談者の連絡先(本人以外の場合)	TEL (- -) FAX (- -)
病名 (主治医より告げられた診断名)	
相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には 別紙でも結構です。)	
紹介元医療機関名称 診療科名 主治医名	病院・診療所 科 先生
紹介元医療機関名称	〒 -
紹介元医療機関連絡先	TEL (- -) FAX (- -)

医療機関から診療情報提供書・同意書(本人以外の場合)と共にFAX送信して下さい。