

## 釧路労災病院セカンドオピニオン外来 申込書

下記太枠内をご記入の上、FAXまたはご郵送・ご持参ください。

- ・FAX番号：0154-32-3465 地域医療連携総合センター
- ・郵送先：085-8533 釧路市中園町13番23号 釧路労災病院地域医療連携総合センター

患者	ふりがな 氏名	男 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	歳
	住所 〒	TEL (      -      -      )		
	ふりがな 氏名 住所 〒	相談者続柄	TEL (      -      -      ) FAX (      -      -      ) 携 帯 (      -      -      )	
・病名				セカンドオピニオン希望科 科を希望
・相談の目的（内容）  _____				
・当院からの連絡に際し、ご希望があればご記入ください。  _____				
・患者さまの現在の状態（該当項目を○で記してください） ・入院中      ・通院中      ・その他（      ）				
・受診している医療機関 病院名：      住所： 診療科：      担当医：				

※ 病院担当者記入欄

受付日：平成    年    月    日（FAX・郵送・持参）／担当者：
担当診療科：      医師名：
予約日：平成    年    月    日／時間：    時    分／場所：      連絡（    /    ）
持参資料：診療情報提供書・画像（フィルム・CD-R）・検査データ（      ）・その他（      ）
備考