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 大・昭・平・令　　年　　月　　日	歳
	住所　〒		ＴＥＬ（　　－　　－　　）	
相談者	ふりがな 氏名	相談者続柄	ＴＥＬ（　　－　　－　　） ＦＡＸ（　　－　　－　　） 携　帯（　　－　　－　　）	
	住所　〒			

・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：令和　　年　　月　　日　（ＦＡＸ・郵送・持参）／担当者：	
担当診療科：	医師名：
予約日：令和　　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	