札幌医科大学附属病院

セカンドオピニオン外来申込書

ID:　　記入日：令和　　年　　月　　日

	氏　名	生 年 月 日	年齢	性別
患者さん	(フリガナ)	大正・昭和・平成・令和 年　月　日	歳	男・女
	住　所	連 絡 先		
	〒　　ー	自宅(　　ー　　ー　　) 携帯(　　ー　　ー　　)		
	氏　名（続柄）	生 年 月 日	年齢	性別
相談者	(フリガナ) (　　)	大正・昭和・平成・令和 年　月　日	歳	男・女
	住　所	連 絡 先		
	〒　　ー	自宅(　　ー　　ー　　) 携帯(　　ー　　ー　　) FAX(　　ー　　ー　　)		

患者さんの現在の状況（いずれかを○で囲んでください）

入院中　・　通院中　・　その他(　　)

病　名

具体的な相談内容
（ご自由にお書きください。用紙が不足する場合は別紙でも結構です。）

（入院先または通院先）

医療機関名：

診療科名：　　主治医名：

【病院（相談担当医師）記載欄】 **点線の中をもれなく記載ください。**

相談担当医師	科　　医師	
相談場所		
相談候補日時		
①　月　日（　）　時　分	②　月　日（　）　時　分	
③　月　日（　）　時　分		

※太枠の中をご記入の上、FAX（011－621－2233）または郵送（〒060－8543　札幌市中央区南1条西16丁目札幌医科大学附属病院 医療連携福祉センター宛て）してください。