

セカンドオピニオン外来 申込書

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	
氏名			明・大・昭・平・令	年 月 日 (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・FAX 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> 病院名() 診療科() 主治医名() 所在地() TEL()				

〒860-0811 熊本市中央区本荘5丁目16-10

熊本地域医療センター 地域医療連携室

電話 096-363-3311(代表) 内線 1251

FAX 096-362-0222