

辻仲病院柏の葉 セカンドオピニオン外来 申込書

申込日 年 月 日

相談者	本人 ・ ご家族
希望診療科	<input type="checkbox"/> 大腸・肛門外科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> IBD センター
患者氏名・性別	<small>ふりがな</small> 氏名 _____ 男 ・ 女
生年月日	(大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____) 歳
住所	〒 _____ - _____
相談者氏名・性別	<small>ふりがな</small> 氏名 _____ 男 ・ 女
連絡先電話番号	第一連絡先 (自宅・携帯・その他) (_____)
	第二連絡先 (自宅・携帯・その他) (_____)
	F A X 番号 (あり・なし) (_____)
病名	
相談の目的	
現在受診している 医療機関と医師名	病院または診療所名 : _____ 診療科 : _____ 科 主治医 : _____ 先生
資料	<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 画像 (フィルム・CD-ROM) <input type="checkbox"/> プレパラート (組織標本) <input type="checkbox"/> その他 (_____)

上記項目をご記入後、郵送または Fax 番号にお送りください。

内容確認後、当院よりご連絡いたします。