

申込日 年 月 日

朝日大学病院セカンドオピニオン 申込書

(ふりがな)		生年月日		年	月	日	歳
患者氏名		男女					
住 所 〒				電話番号 携帯番号			
(ふりがな)		生年月日		年	月	日	歳
相談者氏名		男女					
患者との続柄 () 相談者住所 〒				電話番号 携帯番号			
希望診療科		希望医師 (ご希望に添えない場合があります。)					
		科		先生			
相談の目的							
今までの治療経過 (□診療情報提供書を参考)							
現在の全身状況 ・入院中 ・寝たきり ・車椅子 ・徒歩 ・その他 病 名 ・知っている ・知らない ・わからない。							
相談日 ご都合の悪い日はありますか (あり ・ なし) ※ ご都合の悪い日時ををお知らせください。							
紹介元医療機関名： 所在地： 診療科名： 主治医名： 電話番号： FAX番号：							
<お申し込み・問い合わせ先> 朝日大学病院 岐阜市橋本町3-23 地域医療連携室 Tel 058-253-8920 Fax 058-2538910							

(かかりつけ医療機関へ)

本紙と共に、診療情報提供書も併せてFAXしてください。

なお、相談の可否、相談日時を決定するためお返事には数日かかりますのでご了承願います。