

〈様式1〉

徳島市民病院セカンドオピニオン外来申込書

私は、徳島市民病院セカンドオピニオン実施要綱に定めることに同意し、セカンドオピニオン外来の受診を申し込めます。

年 月 日

相談者 住 所  
氏 名

氏名・性別	フリガナ	性別(男・女)
生年月日	年 月 日	
住 所		
相談者の続柄	本人・家族(続柄)	
相談者の連絡先	TEL	FAX
診断名又は症状		
具体的な相談内容		
希望診療科・医師	科	医師
希望受診日	第一希望 月 日 時 第二希望 月 日 時	
現在の主治医	医療機関の名称 診療科	医師氏名

病院記載欄

相談日時	月 日 (曜日) 時 分
担当医	科 医師
相談場所	

徳島市民病院 患者支援センター TEL 088-622-5121  
FAX 0120-20-5583