様式1

セカンドオピニオン申込書

【 FAX:送付先 058-388-4867 】　　年　　月　　日

松波総合病院
地域医療介護連携室　宛

貴医療機関名	
診療科及び医師名	
医療機関住所	
電話番号	
FAX番号	

相談者	患者登録ID	（当院の診察券をお持ちの方は記入して下さい。）			
	フリガナ				
	氏　名				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日 生まれ		性別	男 ・ 女
	連絡先	携帯番号	－　　－		

疾患名（主訴）	□別紙、診療情報提供書のとおり
既往、症状、治療経過 現在の処方等	□入院中 （退院予定あり　　月　　日） □外来通院中 □持参資料 ［ □CD-R、□フィルム、□プレパラート、□その他（　　）］ □別紙、診療情報提供書のとおり

松波総合病院　地域医療介護連携室
〒501－6062　岐阜県羽島郡笠松町田代185－1
電話　058－388－3360