

セカンドオピニオン外来 申込書

患者氏名	生年月日	年齢
	明・大・昭・平 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