

セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日

(ふりがな)		生年月日	大・昭・平・令		
患者様の氏名	(男・女)		年	月	日
ご住所	〒 自宅() — FAX() — 携帯() —				
相談者氏名		患者様との続柄			
相談に来られる方	本人	ご本人とご家族	ご家族	(○を付けて下さい)	
＊相談内容＊ 診断名または症状(現状) 現在かかられている病院名、診療科と主治医の先生のお名前 質問事項(必ずご記入下さい)					

独立行政法人地域医療機能推進機構
 中京病院 がん相談支援センター
 (地域医療連携相談室内)
 FAX:052-691-6053
 TEL:052-691-7151(内線:1299)