

山梨大学医学部附属病院

セカンドオピニオン外来 申込書

医療福祉支援センター FAX055-273-9879 TEL055-273-9871・9872

申込み日 令和 年 月 日

ふりがな	
患者様氏名・性別	(男・女)
生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
住所	〒 TEL ()
ご相談者氏名	
ご相談者の連絡先	住所 TEL () FAX () 日中連絡可能な番号 (携帯) ()
ご相談者の続柄	ご本人・ご家族 (続柄)
疾病名	・ ・ ・
主治医の医療機関名とお名前 _____ 病 院 科 先生	
主治医医療機関のご住所、連絡先 (お分かりになる範囲で結構です。) 〒 _____	
電話	FAX