

## セカンドオピニオン外来 申込書

申込日 令和 年 月 日

患者氏名・性別	ふりがな
	( 男 ・ 女 )
生年月日 (年齢)	( 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 ) 年 月 日生まれ ( 歳)
患者連絡先	住所 (〒 )
	TEL ( )
相談者氏名 (患者本人の場合不要)	ふりがな
患者との続柄	患者本人 ・ ご家族 (続柄 )
相談者連絡先 (患者本人の場合不要)	住所 (〒 )
	TEL ( )
	日中連絡可能な携帯番号等 ( )
疾患名	・ ・ ・
紹介元医療機関 主治医名	医療機関名 ( )
	診療科 ( )
	主治医氏名 ( )
紹介元医療機関の連絡先 (お分かりになる範囲で結構です)	住所 (〒 )
	TEL ( )
	FAX ( )

山梨大学医学部附属病院 予約変更センター

住所 〒409-3898 山梨県中央市下河東 1110 番地

TEL 患者さん専用ダイヤル (自動音声ガイダンス) 0570-09-3111

ガイダンス番号「1. 予約, 受診」→「3. 初めて受診の方」にてご連絡ください