

KKR 札幌医療センターセカンドオピニオン外来 申込書

年 月 日

患者	氏名 性別	ふりがな 男 ・ 女
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳
	住所	〒
	連絡先	自宅電話 FAX 携帯電話
相談者	氏名	ふりがな 男 ・ 女
	続柄	
	連絡先	自宅電話 FAX 携帯電話
現在治療中の医療機関	病院名 住所 診療科 主治医名	
診断名	1. 2. 3.	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他 ()	
相談したい内容		

申し込み用紙に記入の上、011-832-9624へFAX、またはご郵送ください。