

府中病院 セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び、自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日

他院から本院へ

氏名 _____

本院から他院へ

フリガナ		男 ・ 女
患者氏名		生 年 月 日
		(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日
住 所	〒 _____	電話
		FAX

フリガナ		患者さま との続柄	
申請者氏名			
住 所	〒 _____	電話	
		FAX	

現在受診されている診療科・疾患名	主治医	主治医にセカンドオピニオンを申し込むことについて話されましたか？	有・無
医療機関名及び希望医師	ご相談内容・希望日		

決定事項

相談日時	年 月 日 () 時 分
担当医	科 医師名 :
相談場所	

府中病院 A I F 総合相談センター

〒594-0076 和泉市肥子町1-10-17 TEL 0725-43-1234 (代表)