

藤沢湘南台病院 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。

		申込日	年	月	日
患者様の氏名・性別	(ふりがな) 殿 (男・女)	生年 月日	年	月	日生 ()歳
患者様の連絡先	〒 (TEL) () (FAX) ()				
相談者(来院者)の氏名		続柄	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他 ()		
相談者(来院者)の連絡先	〒 (TEL) () (FAX) ()				
ご都合が悪い日					
疾患名	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____				
ご相談の具体的な内容					
主治医氏名 医療機関名称	(医療機関名称) 科 先生				

【病院使用欄】

予約日時	平成 年 月 日 (:)	担当医	医師
------	----------------	-----	----

お問い合わせ: 藤沢湘南台病院 地域医療連携室
電話: 0466-44-1451 FAX: 0466-44-9981