

公立陶生病院セカンドオピニオン外来予約依頼票

(依頼月日 平成 年 月 日)

患者氏名			
(本人以外の場合) ※	続柄	氏名	
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日生
住 所	〒 —		
連絡先	Tel () —	Fax () —	
希望日	1. 出来るだけ早く 2. 曜日 (曜日は除く) 3. その他 ()		
希望時間	午前・午後	時頃	
希望科・医師	科	先生	
依頼医	病院	先生	
備 考			
受付担当者			

(No)

※患者本人以外がセカンドオピニオンを希望される場合は、本人の同意書が必要となります。また患者さまが未成年の場合は健康保険証など続柄の確認できる書類を提示頂きます。

※希望月日に添えない場合がありますので、ご了承下さい。