

済生会山形済生病院 地域連携室 宛 【FAX0120-232658】

済生会山形済生病院 セカンドオピニオン外来 申込書

医療機関名： \_\_\_\_\_

医師名： \_\_\_\_\_

T E L： \_\_\_\_\_

F A X： \_\_\_\_\_

申 込 日	令和 年 月 日 ( )		
患者さんのお名前	フリガナ		性別
	氏名		男・女
生 年 月 日	M・T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)		
患者さんの住所	〒		
患者さんの電話番号	(自宅・携帯) - -		
相談者のお名前 (患者さん本人以外の場合)	フリガナ	患者さんとの続柄	
	氏名		
相談者の連絡先 (患者さん本人以外の場合)	(自宅・携帯) - -		
現 在 の 状 況	通院中 ・ 入院中 ・ その他 ( )		
病 名			
相談したい内容	※希望する診療科名などご記入下さい。		
当日持参される資料 (○で囲んでください。)	・ 診療情報提供書 ・ 画像ディスク ・ 検査結果 ・ その他 ( )		

※予約日時につきましては、数日以内にFAXにてお返事させていただきます。