

淀川キリスト教病院セカンドオピニオン 予約申込書

年 月 日

フリガナ				男 女	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日生	歳
患者氏名							
住所	〒					TEL	
連絡先	TEL			FAX			
持参可能な資料	<input type="checkbox"/> 紹介状(診療情報提供書)		<input type="checkbox"/> X線フィルム MRI検査・CT検査・				
	<input type="checkbox"/> 検査データ(血液データ・			<input type="checkbox"/> その他			
希望診療科				ご都合の悪い日			

私は、セカンドオピニオン外来を受診するに際し、受診に関する注意事項を理解し、了承いたしました。申込書を記入のうえセカンドオピニオン外来の受診を申しいたします。

患者さまご氏名

印

申込先
 淀川キリスト教病院 地域医療連携センター
 TEL 0120-364-489
 FAX 0120-846-489(06-6324-6589)