

みなかぜ病院  
 地域連携相談室 セカンドオピニオン担当 宛  
 FAX:092-322-1509

電話:092-322-3261

## みなかぜ病院 セカンドオピニオン外来申込書

フリガナ				申し込み日	年 月 日
患者氏名				性別	男 女
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	年齢	歳	
患者の連絡先	住所:	〒 -			
	電話番号:	-	-		
	携帯電話:	-	-		
	FAX番号:	-	-		
相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	※家族の場合 氏名:		続柄:	
相談者の 連絡先 <small>※本人の場合は不要</small>	住所:				
	電話番号:	-	-		
	携帯電話:	-	-		
	FAX番号:	-	-		
受診希望日	第1希望日	平成 年 月 日 ( 曜日)	時ごろ		
	第2希望日	平成 年 月 日 ( 曜日)	時ごろ		
	第3希望日	平成 年 月 日 ( 曜日)	時ごろ		
疾患名					
相談内容					
現在かかっている 医療機関	医療機関名:				
	診療科:		医師名:		

(病院記入欄)

申込書受理日	年 月 日	相談予約日時	年 月 日	時間	:
相談室担当者		担当医師		医師	