

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

## 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
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			年	月	日 (曜日)	時ごろ
	第2希望日			年	月	日 (曜日)	時ごろ
	第3希望日			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