

公立学校共済組合関東中央病院セカンドオピニオン外来 申込書

同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 ㊟

患者さまの氏名、性別	フリガナ _____ 殿 (男・女)
生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒
ご相談者の連絡先	TEL () FAX () Eメール
ご相談者の続柄	ご本人・ご家族 (続柄)
疾患名	# 1. # 2. # 3.
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には 別紙でも結構です。)	
主治医の医療機関とお名前	() 病院・診療所 () 科 () 先生
主治医のご住所、連絡先 (お分かりになる範囲で結構 です)	