

セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

(ふりがな) 患者様の氏名	(男・女)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒 自宅() - FAX() - 携帯() -		
相談者氏名		患者様と の続柄	
相談に来られる方	本人 本人とご家族 ご家族 (○をつけてください)		
<p><相談内容></p> <p>診断名または症状(現状)</p> <p>現在かかられている病院名、および診療科名</p> <p>質問事項(必ずご記入下さい)</p>			

社会医療法人財団新和会 八千代病院
患者支援センター 地域連携課
TEL: 0566-33-9064(直通)
FAX: 0120-811-814