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）		

<相談内容>

診断名または症状（現状）

現在かかられている病院名、および診療科名

質問事項（必ずご記入下さい）

社会医療法人財団新和会 八千代病院
地域連携室
FAX: 0120-811-814
TEL: 0566-97-8111（内線107）