

予約申込書（患者様用）

平成 年 月 日

セカンドオピニオン以外の目的に使用しないこと及び自由診療料金として、定められた金額を支払うことに同意した上で、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。

住所 _____

氏名 _____ 印

患者様の氏名・性別	様 (男・女)
生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
住 所	〒
申込者の連絡先	TEL () FAX () Eメール
申込者の続柄	ご本人・ご家族(続柄)
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。)	

相談者が記入して下さい。記入後、地域医療連絡室へFAXして下さい。
原本は当日持参して下さい。