

肺がん・検診 セカンドオピニオン外来 申込書

		申込日	年 月 日
ふりがな		生年月日 (西暦)	年 月 日 ( 歳)
患者氏名	男・女		
患者連絡先	〒 ( - ) (電話 - - ) (FAX - - ) 住所：		
*相談者氏名		*患者との続柄	
*相談者連絡先	〒 ( - ) (電話 - - ) (FAX - - ) 住所：		
病 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：		主治医：	
現在の状態 (○で囲んでください) 入院中・通院中・その他 ( )			

\*患者さまご本人が受診される場合は「相談者氏名、患者との続柄、相談者連絡先」の記入は不要です。

【当センター記入欄】

相談日時	年 月 日 ( ) 時間 ( : )
受診者ID	
備考	

患者様へ | ご来院の際には本人確認のため保険証をお持ちください。  
医療機関様へ | 相談日の1週間前までに診療情報提供書および資料の送付をお願い致します。

社会福祉法人 聖隷福祉事業団  
聖隷予防検診センター 顧客サービス課  
〒433-8558  
静岡県浜松市北区三方原町3453-1  
[TEL:053-439-1115](tel:053-439-1115) [FAX:053-477-0563](tel:053-477-0563)