

東北厚生年金病院 セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しない事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込みます。

* 当日はこの申込み用紙を持参してください

お申込み日

平成 年 月 日

患者さま情報	フリガナ ご氏名	様 (男・女)	
	当院受診歴の有無	(有り 無し)	
	生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日(歳)	
	ご住所	〒	
	ご連絡先	TEL	FAX
ご相談者(続柄)	ご本人・ご家族(続柄)		
ご相談者情報 * ご相談者がご本人以外 の場合にご記入下さい	フリガナ ご氏名		
	ご連絡先	TEL	FAX
疾患名			
ご相談の 具体的な内容			
受診希望科			
紹介元医療機関	主治医の医療機関 ご氏名		

以下病院記入欄

セカンドオピニオン相談
受入診療科及び医師 (科 医師)

相談予定日時 平成 年 月 日()午前・午後 時 分

【送付先】 東北厚生年金病院 医療連携センター 〒983-8512 仙台市宮城野区福室1-12-1
TEL 022-388-9593

FAX 0120-25-9121