市立吹田市民病院 セカンドオピニオン外来 申込書

患者名	フリガナ	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日 (歳)	男・女
住所					
	電話				

相談者	本人 ・ 家族 (氏名 続柄)				
	住所				
	電話				

相談内容(具体的に)	
希望診療科	希望医師 (あれば記入して下さい)
科	先生
備考	(1~2週間後で都合の悪い日等があれば記入して下さい)

同意欄

令和 年 月 日

私はセカンドオピニオン外来を受診するに際し、「セカンドオピニオン外来のご案内」に記載された必要事項について了解し、受診を申し込みます。

患者名

⑩