

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	年	月	日	(歳)	男・女
			昭 平					
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	科	希望医師	(あれば記入して下さい)
		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

平成 年 月 日

裏面の『セカンドオピニオン外来概要』について了承のうえ申し込みます。

患者名
