

# 公立陶生病院セカンドオピニオン外来予約依頼票

(依頼日 令和 年 月 日)

患者氏名	
(本人以外の場合)※	続柄 氏名
患者生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
患者住所	〒 —
患者連絡先	Tel ( ) — Fax ( ) —
希望日	1. 出来るだけ早く 2. 曜日 ( 曜日は除く) 3. その他 ( )
希望時間	午前・午後 時頃
希望診療科	
希望医師名	

依頼病院名	
依頼医師名	科 先生
担当者連絡先	担当者名 Tel ( ) — Fax ( ) —
備考	

(No )

※患者本人以外がセカンドオピニオンを希望される場合は、本人の同意書が必要となります。また患者さんが未成年の場合は健康保険証など続柄の確認できる書類を提示頂きます。

※希望月日に添えない場合がありますので、ご了承下さい。