

和泉市立総合医療センター セカンドオピニオン外来 申込書

私の病状についての診断の内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を下記事項に同意の上、和泉市立病院に申し込みをいたします。

- ・訴訟の目的に使用しないこと
- ・自由診療料金として定められた金額を支払うこと

ふりがな 患者氏名		性別	男・女
生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)		
患者の住所	住所 〒 —		
	TEL		
病 名			
相 談 者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
ふりがな 相談者氏名		本人との 続柄	
相談者の連絡先	住所 〒 —		
	TEL		FAX
希望診療科			
医療機関と 主治医のお名前	医療機関 診療科	主治医	
現在の状況	入院中・通院中		治療中・治療前
お聞きになりたいこと (書き収まらない場合は別の用紙にご記入ください)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ ・ 		

和泉市立総合医療センター 地域連携センター

〒594-0073 大阪府和泉市和気町4-5-1

TEL 0725-41-1331 FAX 0725-41-2513

受付担当者