

国立病院機構盛岡医療センター 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ことおよ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、下記の内容で、セカンドオピニオン外来での相談を申し込みます。

年 月 日

患者さん	ふりがな			
	氏名・性別	様 (男・女)		
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	ご住所	〒		
	電話番号	TEL ()	—	
		携帯 ()	—	
	FAX ()	—		
盛岡医療センターの受診歴はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は診察券の番号が わかればご記入ください。				
相談者	ふりがな			
	氏名・性別	様 (男・女)		
	続柄		年齢	歳
	ご住所	〒		
	電話番号	TEL ()	—	
	携帯 ()	—		
	FAX ()	—		
疾患名	# 1 # 2 # 3			
ご相談の具体的な 内容 (ご自由にお書き下さい) *別紙でも 構いません				
受診中の医療機関名 と主治医のお名前	住所	科	病院 先生	
	TEL			