

社会医療法人生長会府中病院 セカンドオピニオン予約申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び、自由診療料金として定められた金額を支払うことを同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年 月 日

患者氏名	フリガナ	
	(氏名)	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	ID :	男・女 (歳)
	〒 ー 住所	連絡先電話番号 TEL : 携帯番号 :
申込者氏名	フリガナ	患者様との続柄
	(氏名)	本人 家族 男・女 その他 ()
	〒 ー 住所	連絡先電話番号 TEL: 携帯番号 :
	受診している医療機関所在地・名称	電話番号 : FAX :
現在の状況	受診科 : _____ 科 主治医 : _____ 先生	
	病名 : _____	通院中・入院中・その他 ()
	府中病院受診歴	有・無・不明

* ご相談内容

* 相談日について (ご都合の悪い曜日・時間) お知らせください

【お問い合わせ】

府中病院患者支援室

電話番号 : 0725-43-1234 (代)

FAX : 0725-40-2118

受付時間 午前 9:00~午後 4:30 (日・祝・年末年始除く)