

# 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 :      |         |
| 現在の状況           | 受診している医療機関所在地・名称             |             |         |
|                 | 電話番号 :                       |             |         |
|                 | FAX :                        |             |         |
|                 | 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)