

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	
	I D :	男・女	(歳)
	〒 —	連絡先電話番号	
住所	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 ()	
	〒 —	連絡先電話番号	
住所	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 :		
	F A X :		
	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 医療情報課

電話番号 : 0725-43-1234 (代)

FAX : 0725-40-2118

受付時間 午前 9:00~午後 5:00 (日・祝・年末年始除く)