

送信先 独立行政法人国立病院機構
横浜医療センター 予約センター
FAX 045-853-8363

セカンドオピニオン外来申込書

ふりがな
患者氏名 _____ 様 性別 _____ 男性 ・ 女性

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____ 電話番号 _____

ふりがな
相談者 _____ 様 患者との
続柄 _____

住所 _____ 電話番号 _____

病名 _____ 希望診療科 _____

ご相談の目的

希望日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

- ※ 相談者のみが来院される場合には「同意書」が必要になります。
- ※ 必ず診療情報提供書・検査データが必要になります。

問い合わせ先 電話(直通) 045-853-8362