

「セカンドオピニオン外来」 申込書

藍里病院「セカンドオピニオン外来」受診を申し込みます。

年 月 日

患者ご本人の署名

(自署)

患者ご本人以外の署名

(自署)

フリガナ 患者氏名		性別	男・女
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)		
フリガナ 相談者氏名	続柄 ()	性別	男・女
相談者 住所	電話 () -		
相談 内容 (具体的に)			
現在、 受診中の 医療機関	名称： 住所： 診療科： 主治医氏名：		

申し込み受付

藍里病院 医療福祉サポートセンター
〒771-1342 板野郡上板町佐藤塚字東288-3
社会医療法人あいざと会 藍里病院
電話088-694-5151 FAX088-694-5321
URL <http://www.aizato.or.jp>