

送付先 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

患者氏名 ふりがな _____ 性別 男性・女性

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____ 電話番号 _____

病名 _____ 希望診療科 _____

ご相談の目的

御家族のみ来院予定の場合記入

代理相談者 ふりがな _____ 続柄 _____

住所 _____ 電話番号 _____

来院できない日（月/日） / , / , / , / , /

- ※ 御家族のみが来院される場合には患者さん本人の「同意書」が必要になります。（同意署名が困難な場合は患者さん本人の身分証明書類で代用可）
- ※ 現在受診されている医療機関からの診療情報提供書・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