

セカンド・オピニオン利用申込書

【患者様ご記入欄】

受付 平成 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日
氏 名	男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所・TEL	〒 ー TEL : ()	
受診中の 病院・診療科	病院	科
簡単な症状・お聞きになりたいこと		
ご希望する診療科・医師		
科 医師		
持参可能な書類		
紹介状（診療情報提供書） ・ カルテの写し		
X線フィルム（ C T ・ M R I ・ ）		
検査データ（ 血液データ ・ ）		

【病院記入欄】

担当診療科・医師：	科・	医師
日時・相談場所：	年 月 日（	）
	ID（	ー ー）

〒530-8480 大阪市北区扇町 2-4-20
 公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院
 TEL 06-6131-2955 / FAX 06-6312-8620
 地域医療サービスセンター

受付担当者 _____