

セカンドオピニオン予約申込書

年 月 日

青森市民病院 宛

(FAX 017-734-2177)

医療機関名： _____

所在地： _____

担当医師名： _____

電話： _____

FAX： _____

ふりがな		性 別
患者氏名		男 女
患者生年月日	年 月 日 (歳)	
患者住所	〒	
患者電話番号		
相談者	本人のみ	本人と家族 家族のみ
相談者が家族の場合 家族氏名・続柄	1	()
	2	()
相談する病名		
相談する内容等		
その他		