

がんセカンドオピニオン外来申込書

記入日 年 月 日

京都府立医科大学附属病院長 様

申込者区分	患者本人・患者家族(続柄)		
ふりがな		電話番号	
氏名		FAX番号	
		携帯電話	
住所	(〒 -)		

下記の通り申し込みます。

患者氏名等	ふりがな	患者番号		
	氏名 (男・女) 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	* 当院の診察券をお持ちの方は患者番号 をご記入ください。		
	住所(〒 -)	電話番号() -		
	現在受診中の病院・診療科・主治医(担当医) 通院中・入院中・その他() 医療機関連絡先 TEL:() -			
相談希望日時	第1希望 月 日 AM・PM	第2希望 月 日 AM・PM	第3希望 月 日 AM・PM	第4希望 月 日 AM・PM
	*ご都合の悪い日があればご記入ください。			
相談したい内容				
施設記入欄				