

予約申込書（患者様用）

年 月 日

セカンドオピニオン以外の目的で使用しないこと及び自由診療料金として、定められた金額を支払うことを同意した上で、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

患者様の氏名・性別	様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(昭和・平成・令和) 年 月 日 ( 歳)
住所	〒
申込者の連絡先	TEL ( )
申込者の続柄	ご本人 ・ ご家族 (続柄 )
相談の具体的内容 (ご自由にお書き下さい。 用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	

☆相談者がご記入下さい。記入後、当院にFAXして下さい。

原本は当日ご持参下さい。

いそぎファミリークリニック

TEL : 053-432-6111

FAX : 053-432-6112