

門司メディカルセンターセカンドオピニオン外来申込書

患者さんの氏名・性別	様（男・女）
生年月日・年齢	（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生（ 歳）
住 所	〒
相談者の連絡先	TEL
相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族 （続柄 ）
疾 患 名	
門司メディカルセンターの受診歴	有 ・ 無
ご相談の内容に関して出来るだけ具体的にご記入ください。用紙が不足する場合は、別紙でも結構です。	
主治医のお名前と医療機関	（ ） 病院・医院・診療所・クリニック （ ） 先生

当院の「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を了承し、同意の上でセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者氏名 _____ 印