

川崎市立多摩病院セカンドオピニオン外来 申込書

セカンドオピニオン外来の方針を理解し、訴訟等の目的に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（自費）を支払うことに同意の上、貴院セカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介元医療機関 _____

紹介元医師名 _____

患者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ ）歳 男 ・ 女

現住所 _____

ご相談者が本人以外の相談者（親権者等）氏名 _____

連絡先 ① 自宅・その他（ _____ ） TEL _____

② 自宅・その他（ _____ ） TEL _____

病名（わかる範囲で） _____ 当院の受診歴 あり ・ なし

相談希望日時 ① _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時

② _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時

③ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時

※原則として毎週火曜日 14：00～15：00

送付先 〒214-8525 川崎市多摩区宿河原 1-30-37

川崎市立多摩病院 地域医療連携室

問い合わせ先 TEL 044-933-8111（代表）内線 2133・2134

FAX 044-933-8246（地域医療連携室直通）