

いわき市医療センター セカンドオピニオン申込書

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を支払うことに同意の上、以下の内容で貴センターのセカンドオピニオン受診を申し込みます。

年 月 日 氏名 印

フリガナ	
患者氏名	様 (男・女)
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)
住 所	(〒 -)
電話番号	携帯・自宅 FAX
フリガナ	
相談者氏名及び 連絡先	携帯・自宅 ※相談者をご本人以外の場合にご記入ください。
診断名	# 1 # 2 # 3
具体的な内容 ※用紙が不足する場合は裏面でも結構です。 なるべく詳しくご記入ください。	
相談者希望診療科	
現在の医療機関 及び主治医	() 病院・医院・診療所 () 科 () 先生

◎送付先

いわき市医療センター 患者サポートセンター 地域医療連携

〒973-8555

福島県いわき市内郷御厩町久世原16番地

電話 0246-26-2250

FAX 0246-26-2119