

【セカンド・オピニオン予約申込書】

聖麗メモリアル病院 担当宛 FAX:0294-52-8511 TEL:0294-52-8500

※担当医師は、院長の佐藤となります。
※点線より上を記入後、上記FAX番号へ送信していただき、上記TEL番号へお電話下さい。
予約日時を記入し折り返しFAX致しますので、点線より下の部分を患者さまへお渡し願います。

申し込み年月日 平成 年 月 日

紹介元医療機関名 _____

診療科・医師名 _____ 科

T E L _____

F A X _____

(フリガナ)				M・T・S・H	
患者さま氏名		生年月日		年 月 日(歳)	
性別	男・女	当院受診歴	無・有 (診察券No. _____)		
患者さま連絡先		連絡先がご本人さまとの関係 ご本人さまでない場合			
予約希望日時		平成 年 月 日 時			

* 点線から下の部分を患者さまへお渡しして下さい。

※当院記入欄※

【予約受付票】

予約日

平成 年 月 日 時

※1階総合受付へお越し下さい。

※当日お持ちいただくもの

- ・ 予約受付票
- ・ 診療情報提供書(紹介状)
- ・ 検査資料
- ・ ご印鑑