

市立池田病院 セカンドオピニオン外来 申込書

令和 年 月 日

患者様名	フリガナ	生年月日	明 大	年	月	日	男・女
			昭 平				
住所	〒						電話 ()

代理受診の場合	代理人氏名	続柄 ()
	住所	
	〒	
		電話 ()

相談内容（具体的に）	
希望診療科	希望医師
科	先生
備考	

希望日時（お返事に数日かかる場合があります）
