

日本生命病院セカンドオピニオン外来申込書

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒	電話番号	
申込者氏名	本人 ・ 家族 (氏名 : 続柄 :)		
申込者の ご連絡先	本人 ・ 家族 (TEL :)		
希望診療科		ご都合の 悪い日	
ご相談内容			
下記事項に同意します。 ☐ 診察ではなく、意見の提供のみであること ☐ 訴訟の目的に使用しないこと ☐ 自由診療料金として定められた金額を支払うこと (60 分以内 22,000 円) 年 月 日 患者本人署名 印 本人以外の場合申込者署名 印			

(病院記入欄)

診療科		面談日	
-----	--	-----	--

公益財団法人 日本生命済生会

日本生命病院

地域医療総合窓口 あったかサポートセンター

〒550-0006 大阪市西区江之子島 2-1-54

TEL : 06-644-33-446 (代表)

FAX : 06-644-33-585 (直通)