

市立池田病院 セカンドオピニオン外来 申込書

平成 年 月 日

患者様名	フリガナ	生年月日	明 大	平成 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）
------------------------