

セカンドオピニオン予約申込書

年 月 日

青森市民病院 宛

(FAX 017-734-2177)

医療機関名： _____

所在地： _____

担当医師名： _____

電話： _____

FAX： _____

患者氏名・性別	(男 女)
患者生年月日	年 月 日 (歳)
患者住所	〒
患者電話番号	
相談者	本人のみ 家族あり 家族のみ
相談者が家族の場合	1 ()
家族氏名・続柄	2 ()
相談する病名	
相談する内容等	
その他	