

セカンドオピニオン予約申込書

令和 年 月 日

青森県立中央病院 宛

(FAX 017-726-8162)

医療機関名: _____
所在地: _____
医師名: _____
電話: _____
FAX: _____

(患者情報)

フリガナ	生年	明・大・昭・平・令		
氏名	月日	年 月 日	歳	男・女
セカンドオピニオン希望診療科名 (希望医師名がある場合は医師名も)				
セカンドオピニオン希望日時 (第1希望) 月 日 () 午前・午後 (第2希望) 月 日 () 午前・午後				
患者住所 〒 _____				
患者電話番号 _____			患者職業	
世帯主氏名		世帯主との続柄		世帯主の職業
保険者番号			1 本人 2 家族	
記号		番号		負担割合 割 割 有効期限 年 月 日
公費番号		受給者番号		負担割合 割 割 有効期限 年 月 日
県病来院歴 有・無		(施設入所者) 入所年月日 年 月 日		

連絡窓口 青森県立中央病院 医療連携部

電話 017-726-8377(平日午前9時から午後4時まで)