

# 【セカンド・オピニオン予約申込書】

聖麗メモリアル病院 担当宛 FAX:0294-52-8511 TEL:0294-52-8500

※担当医師は、院長の佐藤となります。(疾患によって担当医師が異なる場合があります。)  
※点線より上を記入後、上記FAX番号へ送信していただき、上記TEL番号へお電話下さい。  
予約日時を記入し折り返しFAX致しますので、点線より下の部分を患者さまへお渡し願います。

申し込み年月日 西暦 年 月 日

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_

診療科・医師名 \_\_\_\_\_ 科

T E L \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

(フリガナ)				T・S・H・R	
患者さま氏名		生年月日		年 月 日( 歳)	
性別	男・女	当院受診歴	無・有 (診察券No. _____)		
患者さま連絡先		[連絡先がご本人さまでない場合] ご本人さまとの関係			
予約希望日時		西暦 年 月 日			

\* 点線から下の部分を患者さまへお渡しして下さい。

-----  
※当院記入欄※

## 【予約受付票】

予約日

西暦 年 月 日

※1階総合受付へお越し下さい。

※当日お持ちいただくもの

- ・ 予約受付票
- ・ 診療情報提供書(紹介状)
- ・ 検査資料
- ・ ご印鑑