

セカンドオピニオン外来予約確認書

医療機関名

ご担当医名

先生御机下

福井県立病院
地域医療連携推進室
TEL 0776-57-2900
FAX 0776-57-2901

下記のとおり予約を承りました。
内容をご確認のうえ、患者さんにこの用紙をお渡してください。

患者氏名

様

生年月日 T. S. H 年 月 日生

外来予約日 平成 年 月 日 () 時 分

担当医

科

医師

ご用意いただくもの

◇セカンドオピニオン外来予約確認書(この用紙)

◇セカンドオピニオン診療情報提供書

◇検査データ

◇レントゲン写真 等

当日は、 時 分 頃に1階B紹介患者受付にお越しくださるようお願いいたします。