

山形市立病院済生館

セカンドオピニオン外来予約票

申込日	平成 年 月 日
患者氏名様 (明・大・昭・平 年 月 日生)
相談日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分
相談診療科	
お持ちいただくもの	<input type="checkbox"/> 予約票 <input type="checkbox"/> 主治医からの紹介状 (診療情報提供書) <input type="checkbox"/> 検査資料等 <input type="checkbox"/> 同意書 (ご家族だけの場合) <input type="checkbox"/> 当院診察券 (ある方のみ) <input type="checkbox"/> 健康保険証 (本人確認のため)

予約時間の 15 分前までに、当院 1 階「がん相談支援センター」においでください。

原則として予約の変更はできません。やむを得ず予約日時にご来院できない場合は、下記まで速やかにご連絡ください。

山形市立病院済生館 がん相談支援センター
〒990-8533 山形市七日町一丁目 3 番 26 号
TEL 023-634-7161
FAX 023-626-6517