（紹介元医療機関の様式でも可）

セカンドオピニオン　専用申込書	松下記念病院　FAX（06）6992-6697　（医療連携専用）

診療情報提供書（FAX紹介予約申込書）

松下記念病院　セカンドオピニオン　　年　　月　　日

科　　先生

医療機関名
医師氏名　　㊞
住　　所
電話番号
ＦＡＸ番号

患者	フリガナ 氏　名　　様　□男　□女	生年月日	□大　□昭　　年　月　日 □平　□令　（　　歳）
	今までに松下記念病院を受診したことが		□ あります　□ ありません

① 傷病名 ② 相談目的 ③ 既往歴 家族歴 ④ 症状経過 検査結果 治療経過 等 ⑤ 処　方	
添付資料	□ 検査結果　□その他（　　） □ 画像データ

受診希望日　　年　　月　　日（　　）　　希望

備考：予約調整に時間を要しますので、予めご了承ください。

松下記念病院　患者支援連携センター
〒570-8540　守口市外島町5番55号　直通 TEL （06）6992-5373