

秋田大学医学部附属病院  
セカンドオピニオン外来予約票

患者氏名: 様 (ID )  
( M ・ T ・ S ・ H ) 年 月 日 生 男 ・ 女

受診科: 科

○受診日時

令和 年 月 日 ( ) 午前 時 分 の予約です。

午前 時 分頃まで直接外来ホール「1番 総合受付」へこの予約票を  
お出し下さい。

※1番窓口が閉まっている場合は、3番へ提出してください。

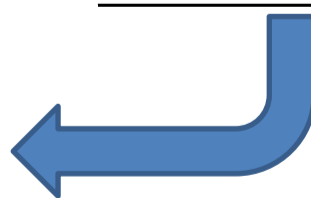
午前中は、外来が大変込み合う時間帯ですので、  
時間に余裕をもってのご来院をお願いいたします。

お持ちいただくもの

- セカンドオピニオン外来予約票
- セカンドオピニオン外来申込書（原本）
- 相談同意書（ご家族のみが相談のため来院される場合）  
代理人全員の身分証明書
- 当院診察券（ある方のみ）

○受付ホールの案内図

玄関入口



(① 総合受付にお出しください)

① 総合受付

② 保険証確認

③・④・⑤・⑥・⑦入院案内

秋田大学医学部附属病院 地域医療患者支援センター・がん相談支援センター 担当:  
TEL 018-884-6277 FAX 018-801-7112