## セカンドオピニオン外来 予約申込書

フリガナ				生	大·昭·平·令		
患者氏名	様 旧姓		男·女	年 月 日	年	月	П
	談者 ○を記入してください 患者様ご本人 / ご家族様		電話(	自宅	) –	_	
【 ご家族様の場合 】		(携帯・	本人		_		
フ	リガナ 毛 名		(携帯・	ご家	族)    -	_	
<u></u> 見	息者様からみた続柄						

## ◇ 紹介診療科

			科
第1希望		日	曜日
第2希望	月	日	曜日
第3希望	月	日	曜日

紹介元医療機関名 所在地 TEL FAX

医師氏名

中夕		<b>世</b> 中 夕	
病名	•	疾患名	

- ◆ お申込みの際、「予約申込書」及び「診療情報提供書」を地域医療連携室宛に、FAXでお送り ください。
- ◇ ご家族様のみのご相談の場合、別途「セカンドオピニオン同意書」が必要となります。
- ◆ 地域医療連携室にてFAXを受信後、当院各診療科の部長と相談の上、相談日を決定し、 医療機関様へ「紹介患者診察予約票」をFAXにて返信致します。 (一般的なご予約と違い、お返事までに時間を要します。また、医師の指定は出来ませんので 予めご了承ください。)
- ◆ 患者様に「紹介患者診察予約票」及び診療情報提供書並びに検査資料等(フイルム、検査、 データ等)をお渡し下さい。

## 中央病院処理欄

予約日	月	日 (	)	時	分~	医師	
						月	日 受付