

セカンドオピニオン外来 予約申込書

フリガナ		男・女	生	大・昭・平・令		
患者氏名	様 旧姓		年 月 日	年	月	日
当院の受診歴 (有・無)		電話(自宅) — — (携帯・本人) — — (携帯・ご家族) — —				
診察券 ID — —						
相談者 ○を記入してください 患者様ご本人 / ご家族様 【ご家族様の場合】 フリガナ 氏名 _____ 患者様からみた続柄 _____						

◇ 紹介診療科

科

第1希望	月	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

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(フィルム、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