

セカンドオピニオン外来 申込書

「セカンドオピニオン外来について別紙」を理解した上で、丹後中央病院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。※内容を理解された場合は、上記□部分へチェックをして下さい。

申込日：令和 年 月 日 申込者氏名：

フリガナ		性別	生	明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名		男 女	年 月 日	年 月 日 (才)
住所	〒 -			
連絡先	TEL :		FAX :	
	E-mail : @			
相談者情報 (患者以外の場合 ご記入下さい)	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者以外(続柄)		
	住所			
	TEL : ()		FAX :	
相談希望日	<input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 第1希望 年 月 日 <input type="checkbox"/> 第2希望 年 月 日			
主治医情報	医療機関名		主治医名	
			診療科	
	TEL : ()			
疾患名	①			
	②			
相談内容				

【予約票】

相談日時： 年 月 日 ()	: から
担当医師： 科 医師	

※この用紙を使用し、直接、郵送、またはかかりつけ医療機関から F A X にてお申し込み下さい。

※医師及び診療科の体制等を理由に、ご希望に添えない可能性がございます。

※当日は、紹介元医療機関より提供された、診療情報提供書、検査データ等を忘れずにご持参下さい。