

一宮市立市民病院 セカンドオピニオン外来申込書

FAX:0586-71-1922 TEL:0586-71-1933 平日9:00~17:00

※ご家族のみが相談される場合、患者さんの同意書(様式2)が必要になります。

フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
患者氏名				
一宮市立市民病院の受診歴		あり(診察券番号:) なし		
患者連絡先	〒			
	電話		FAX	
	携帯電話		備考	

※患者さんご本人が相談される場合、こちらの欄のご記入は不要です。

フリガナ		患者との続柄
相談者氏名		
相談者連絡先 <small>(優先する連絡先にし点をつけて下さい)</small>	〒	
	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 電話
	<input type="checkbox"/> 電話	FAX

※以下にご記入いただいた内容をもとに医師と調整いたしますので、できるだけもれなくご記入ください。

現在受診されている病(医)院について	病(医)院名			
	診療科		医師名	
	電話		FAX	
傷病名				
相談内容	<input type="checkbox"/> 別紙(紹介状など)参照			
現在の状況	入院中	通院中	その他()	
相談希望日	数日以内	1週間~2週間	1か月以内	その他()
持参する資料	紹介状	レントゲン(CD-R)	検査結果	その他()

- ・必ず連絡の取れる電話番号をご記入ください。
- ・お返事を差しあげるまでに、お時間がかかることがありますのでご了承ください。
- ・セカンドオピニオン外来の料金は、**30分10,800円(自費)**です。

※事務記入欄

決定事項	/ : ~	医師	連絡日	/
------	-------	----	-----	---