

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、患者さんご本人の同意書(様式2)が必要になります。

| | | | | |
|--------------|------|----------------|------|-------------|
| フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 |
| 患者氏名 | | | | 年 月 日 |
| 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() |

- ・必ず連絡を取ることができ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11,000円(自費)**です。

※事務記入欄

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