

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	大正・昭和・平成・令和 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	〒					
(優先する連絡先にレ点をつけて下さい)	<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をいたしますので、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11,000円(自費)**です。

※事務記入欄

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