

セカンドオピニオン予約申込書

申込年月日 平成 年 月 日

兵庫県立がんセンター 地域医療連携室 あて

TEL 078(929)1151 (内線 578) / **FAX 078(926)5410**

以下の項目にご記入のうえ、診療情報提供書を添えてFAX送信をお願いします。

ご紹介元医療機関名等

- 1 貴医療機関名
- 2 診療科・医師
- 3 ご担当者様
- 4 代表電話番号
- 5 FAX番号

ご紹介患者様情報等

- 6 ^{フリガナ}氏名・性別 / 男 ・ 女
- 7 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ()歳
- 8 TEL / FAX
- 9 疾患名 / 通院中 ・ 入院中

ご相談者様・ご相談内容等

- 10 ^{フリガナ}氏名・続柄 / 本人 ・ 家族
- 11 希望診療科等 科 (希望医師:))
- 12 ご希望日
第1希望 平成 年 月 日() 第2希望 平成 年 月 日()
- 13 相談内容(目的・症状・経過)等

患者様にセカンドオピニオン外来の趣旨(自費診療であること、診療や検査や転院を行うものではないこと、訴訟等の目的に使用しないこと等)をよくご理解いただいたうえでお申し込みください。

ご本人が来院されない場合、セカンドオピニオン承諾書とあわせてご提出ください。