

セカンド・オピニオン申込書

セカンド・オピニオン以外の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意したうえで、以下の内容で、貴院のセカンド・オピニオン外来受診を申し込みます。

藤枝市立総合病院長 様

令和 年 月 日 【申込（相談）する人】※必ず自筆で記入してください。

住 所 _____

氏 名 _____

患者様の氏名・性別	様（男・女）
患者様の生年月日（年齢）	（明治・大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生（ 歳）
患者様の住所	〒 -
申込（相談）者の連絡先	TEL. FAX.
申込（相談）者の続柄	ご本人・ご家族（続柄 ）
疾患名	
相談の具体的な内容 （ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には 別紙でも結構です。）	
紹介医療機関名	（所在地）
	（医療機関名）
	（電話番号）
主治医のお名前	科 先生

◆申込書へ記入後、相談日の 7 日前までに、地域医療連携室に紹介状と必要な資料を添えて提出してください。

◆記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用いません。

申込・連絡先 藤枝市立総合病院 地域医療連携室 電話 054-646-1111（内線 8430）
054-646-1193（直通）
FAX 054-646-1380