

藤枝市立総合病院

セカンド・オピニオン外来申込書

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、以下の内容で藤枝市立総合病院のセカンド・オピニオン外来での相談に申込みます。

(西暦) 年 月 日

本人署名 _____

本人以外の相談者(患者の同意を得た家族)署名 _____

※本人以外(患者の同意を得た家族)の方が相談される場合も、患者本人の署名を自筆でご記入ください

患者氏名(性別)	ふりがな 氏名 _____ (男・女)
生年月日(西暦)	(西暦) 年 月 日
相談者氏名(続柄)	ふりがな 氏名 _____ (続柄 _____)
相談者連絡先	〒 住所: 電話番号: 日中連絡のつく電話番号または携帯番号:
疾患名	
具体的な相談内容	
紹介元医療機関の情報	医療機関名: 〒 住所: 電話番号: 診療科: 主治医: _____ 医師
相談希望の診療科	科 _____ 医師 _____
都合のつかない日	

◆ご記入いただいた個人情報は、セカンド・オピニオンの相談以外に使用しません。

◆申込みの際は、セカンド・オピニオン申込書(本書)、診療情報提供書、その他必要な資料を地域医療連携室あてに FAX してください。ご希望日に沿えない場合がございますがご了承ください。

【申込先】藤枝市立総合病院 地域医療連携室 ☎054-646-1193(直通) FAX054-646-1380