市立三次中央病院セカンドオピニオン外来　申込書

自由診療料金として定められた金額を支払うこと及び私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意の上、セカンドオピニオンを申し込みます。

申込日　　年　　月　　日

患者名	フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日（　歳）
	名前				
	連絡先	〒			
		電話		FAX	
	当院受診歴	有（診察券番号　　）・無・不明			
相談者	フリガナ		男・女	続柄	
	名前				
	連絡先	〒			
		電話		FAX	
来院予定人数		人			
相談の希望日		第一希望　　年　　月　　日 第二希望　　年　　月　　日			
疾患名					
現在の状態		□ 入院中　□通院中　□その他（　　）			
相談内容					
紹介元医療機関名		医療機関名 所在地			
		診療科名		主治医　　先生	
		電話		FAX	

※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、この目的以外には使用しません。

申込み先　市立三次中央病院　地域医療連携室
〒728-8502　広島県三次市東酒屋町10531番地
TEL：0824-65-0239　　FAX：0824-65-0159