

# 日本赤十字社和歌山医療センター 予約センター 宛

TEL : 0120-936-385 FAX : 0120-937-510

受付時間：平日の午前9時～午後7時

## セカンド・オピニオン外来申込書

セカンド・オピニオン外来利用条件を承諾致しましたのでセカンド・オピニオン外来を申し込みます。

平成 年 月 日

患者様情報	本センター受診歴	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 不明			
	患者ID番号	□ □ □ □ □ - □ □ (本センター患者ID番号がわかればご記入下さい)			
	フリガナ		男・女	M・T S・H	年 月 日生 ( 才 )
	氏名				
	住所	〒 -			
連絡先	自宅：( ) -	携帯： - -			
	FAX：( ) -				
相談者情報	相談者	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族 (続柄 <sup>*</sup> ) ※ 二親等内の親族に限る。			
		* 相談者が本人の場合は、相談者情報の記入は必要ありません。			
	フリガナ		男・女	TEL 携帯 FAX	( ) - ( ) - ( ) -
氏名					

希望診療科	科	希望医師	<input type="checkbox"/> 希望なし
			医師
疾患名	1. 2. 3.		
提出できる資料	<input type="checkbox"/> 紹介状 (診療情報提供書) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム (CT等含む) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
相談目的・内容 (欄が不足の場合は別紙に記載ください。)			
その他	*ご都合の悪い日時をお知らせ下さい。		
主治医	医療機関名	( 病院・医院 ) ( クリニック )	
	住所	科	医師
		電話番号	