

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 午前9時~午後7時 土曜 午前9時~午後1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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(本センター患者ID番号がわかればご記入下さい)</small>			
	フリガナ	男	M・T	年 月 日生 (才)	
	氏名	女	S・H		
	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 [*]) ※ 二親等内の親族に限る。 <small>* 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。</small>			
	フリガナ	男	TEL	()	-
	氏名	女	携帯 FAX	()	-

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)		科	医師
	住所	電話番号			