

セカンド・オピニオン申込書

患者さんの同意のもと、この申込書を送ります。

令和 年 月 日 受付

依頼先	岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院	依頼元	病院・医院・クリニック 医師			
			電話		FAX	
フリガナ			生年月日			
氏名	男・女	大・昭・平・令	年	月	日	(歳)
住所	〒 -		電話 携帯電話			
フリガナ						
相談者氏名			続柄	本人・家族(患者の)		
相談者の住所	□同上 〒 -		相談者の電話 連絡先			

☆ご本人が来院できない場合はご本人の委任状が必要となります(別紙)。

希望日	第1希望日 月 日	第2希望日 月 日	第3希望日 月 日
	□早めに		
ご希望の 診療科・医師	科		医師
相談内容	□診療情報提供書参照		
現在の状況	□入院中	□退院予定あり(月 日)	□外来通院中

持参資料	紹介状(診療情報提供書)	CD-ROM	・ X線フィルム(CT・MRI・)
	検査データ(血液データ・)		

【病院記入欄】

担当診療科・医師	科・医師名		
日時	年 月 日 () 時 分 ☆ 時 分までに受付へお越し下さい。		

※セカンドオピニオンご希望の場合は、30分で10,000円(税抜)です。その後30分ごとに5,000円(税抜)加算されます。

※当日は紹介状、画像等と予約票(本状)を正面玄関から入った『紹介受付』に提出してください。

※画像の取り込みにお時間をいただくため待ち時間がありますことをご了承ください。

○止むを得ない事情で予約日に来院できない場合は、患者サポートセンターまでご連絡ください。

岐阜・西濃医療センター
西濃厚生病院 患者サポートセンター
TEL 0585-36-3200 / FAX 0585-36-3300