みどりヶ丘病院　地域連携室宛て　TEL:072－681－5768　**FAX:072－681－5730**

セカンドオピニオン外来申込書

申込日:　　年　　月　　日

紹介元医療機関情報	医療機関名 住所					
	電話/ファックス					
	担当科・医師名	科　　先生				
患者様	フリガナ		生年月日		年齢	性別
	氏名		明・大 昭・平・令	年　月　日	歳	男・女
	住所			TEL		
相談者	フリガナ		性別	患者との続柄		
	氏名		男・女			

患者様の現在の状況（いずれかを○で囲んでください）

入院中　・　通院中　・　その他（　　）

病名

提出できる検査資料等

- □ 紹介状（診療情報提供書等）
- □ 検査データ
- □ レントゲンフィルム（CT等を含む）
- □ その他（　　）

※以下の項目を患者さまにご説明いただきますようお願い致します。

- □ 診察ではなく、専門医としての意見を提供するのみとなります
- □ 主治医に対する不満や訴訟・医療事故に関する内容にはお受けできません
- □ 45分　30000円（税抜）

セカンドオピニオン外来決定日	年　月　日　午前 午後　時	
セカンドオピニオン担当医師	診療科	氏名

お電話にてご予約をお取りいただき、診療情報提供書も一緒にファックスいただきますようお願い致します。