

神奈川県立循環器呼吸器病センター セカンドオピニオン予約申請書

相談結果を訴訟等の目的に使用しないこと、及び相談料として貴院自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意のうえ、以下の内容により貴センターセカンドオピニオンの相談を申込みます。ならびに、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

平成 年 月 日

患者さんご本人	(ふりがな) 氏 名	(印)	(男・女)
	生年月日(年齢)	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
	ご住所	〒	
ご相談者	(ふりがな) 氏 名		
	患者さんとの続柄	ご本人 ・ ご家族 (続柄)	
	ご住所	〒	
	連絡先 <small>(電話は携帯電話を含め必ず連絡のとれる番号(複数)をご記入ください。)</small>	電話 () 携帯 () 電話 () FAX () メールアドレス	
病 名			
希望診療科	呼吸器内科 ・ 循環器内科 ・ 心臓血管外科 ・ 呼吸器外科 医師名 () 宛		
ご相談目的及び今までの経過 <small>(ご相談されたいことをご記入ください。欄が足りない場合は、別紙をつけてください。)</small>			
患者さんの現在の状況			
主治医の医療機関名等 所属・氏名	(医療機関名等：) (通院中 ・ 入院中) ()科 ()先生		
主治医の連絡先	病院住所 〒 TEL. () FAX. () メールアドレス		

この申込書に記入された個人情報については、当センターのセカンドオピニオンに関する以外には使用しません。

ご記入のうえ、この申込書をFAXしてください。

地域連携室直通 FAX 045 - 784 - 5965