

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。

申込日 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・女	M・T S・H R	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 [*]) ※ 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・女	TEL 携帯 FAX	() - () - () -
	氏名				

希望診療科	科	希望医師	<input type="checkbox"/> 希望なし
疾患名	1. 2. 3.		医師
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	