

兵庫県立淡路医療センター セカンドオピニオン外来申込票 (診療情報提供書)

申込日 年 月 日
施設 _____
医師名 _____
FAX _____
電話 _____

フリガナ 患者氏名			
生年月日	年	月	日 歳
患者住所	〒 _____		
患者電話			
相談者氏名		患者との 関係	
相談に 来られる方	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族同伴 <input type="checkbox"/> ご家族のみ		
現状	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入居中	病名告知	<input type="checkbox"/> 告知有 <input type="checkbox"/> 告知無

受診希望日
① 月 日 曜日
② 月 日 曜日
③ 月 日 曜日

受診希望科
内科 循環器 呼吸器 脳神経
 消化器 血液

外科 呼吸器 消化器
 心臓血管

形成外科 脳神経外科 整形外科
 泌尿器科 産婦人科 皮膚科
 放射線科 小児科 耳鼻咽喉科
 精神科 歯科口腔外科 麻酔科

希望医師名 : _____

持参資料

単純・CT・MRI 内視鏡写真 心電図
 造影剤使用撮影 病理組織標本

診断名	
ご相談内容	(目的・症状・経過 等)

当院受診歴 (有・無) _____
科 年 月頃

地域医療連携室

代表TEL 0799-22-1200 (内線 270)
専用FAX 0799-24-5799

予約の決定は数日以内にお返事いたします。

令和2年7月8日改訂

* 受付時間 (9:00~18:00)、FAX 24時間受け付けております。