

# 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。