

セカンドオピニオン申込書

セカンドオピニオン以外の目的に使用しないこと及び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上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

年 月 日

患者様の氏名	
患者様の生年月日	(昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
患者様の住所	〒
申込者の氏名、続柄	(続柄)
申込者の連絡先	〒 TEL () ・ 携帯 ()
ご相談の目的 (<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中)	

【医療機関連絡用】 以下は各医療機関で記入し、地域医療連携室に FAX してください。

病院名

担当部署

担当者

TEL ()

FAX ()

送付先：浜松赤十字病院 地域医療連携課

TEL 053-401-1116

FAX 053-401-1166