

松阪中央総合病院 地域医療連携室  
セカンドオピニオン予約受付担当行き

FAX : 0598-21-7616  
TEL : 0598-21-5510

## セカンドオピニオン予約申込書 (FAX 送信票)

申込日 年 月 日

### 紹介元

医療機関名	所属科
担当医師	電話
所在地	ファックス

### 相談診療科

診療科	科名
担当医師	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定      医師
来院日	<input type="checkbox"/> 希望日      年 月 日頃 ( 曜日 )
紹介目的	(コメント)

※ 事前に診療録の準備をさせていただきますので、患者さまの基本情報をお知らせください。

### 患者基本情報

フリガナ	性別
患者氏名	( 男 ・ 女 )
生年月日	明・大・昭・平      年 月 日 ( 歳 )
電話番号 住所	〒      ー      電話 (      ー      ー      )
本院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり ( 診察券番号      )

### ご注意

必ず紹介医の診療情報提供書を同送してください。(用紙指定はありません)