

# セカンドオピニオン予約申込書

申込年月日（西暦）

年 月 日

兵庫県立がんセンター 地域医療連携室 あて

TEL 078(929)1155（直通） / **FAX 078(926)5410**

以下の項目にご記入のうえ、診療情報提供書を添えてFAX送信をお願いします。

## ご紹介元医療機関名等

- 1 貴医療機関名 .....
- 2 診療科・医師 .....
- 3 ご担当者様 .....
- 4 電話番号 .....
- 5 FAX番号 .....

## ご紹介患者様情報等

- 6 氏名・性別 フリガナ .....
- 7 生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( ) 歳
- 8 住 所 .....
- 9 TEL/FAX .....
- 10 疾患名 .....

## ご相談者様・ご相談内容等

- 11 氏名・続柄 フリガナ .....
- 12 希望診療科等 ..... 科 (希望医師: .....) )
- 13 ご希望日  
第1希望 西暦 年 月 日 ( ) 第2希望 西暦 年 月 日 ( )
- 14 相談内容（目的・症状・経過）等 .....

患者様にセカンドオピニオン外来の趣旨をよくご理解いただいたうえでお申し込みください。

〔趣旨：自費診療であること、診療や検査や転院を行うものではないこと、  
訴訟等の目的に使用しないこと等〕

ご本人が来院されない場合、セカンドオピニオン承諾書とあわせてご提出ください。