

セカンドオピニオン外来申込書

以下の内容に同意の上、セカンドオピニオン外来に申し込みます。

- ②セカンドオピニオンは、保険診療ではありませんので全額自己負担となります。

申し込み日 令和 年 月 日

(フリガナ) 患者様の氏名	様 (男 ・ 女)			
生年月日(年齢)	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)			
患者様の住所	〒 —			
患者様の連絡先	TEL () — FAX () — 携帯電話 — —			
ご相談者の氏名	患者様との続柄 ()			
ご相談者の住所 (患者様と同一の 場合は記入不要です)	〒 —			
ご相談者の連絡先 (患者様と同一の 場合は記入不要です)	TEL () — FAX () — 携帯電話 — —			
医師名	※ご相談を希望する医師があればご記入ください(但し当院の医師に限ります) 【医師名】 【診療科】			
ご相談希望日	第1希望日 令和 年 月 日 (曜日) 第2希望日 令和 年 月 日 (曜日)			
相談目的	診断 ・ 検査結果 ・ 治療方針 ・ 手術方法等 ※該当するものに○を付してください			
具体的内容 (ご自由にお書きくだ さい。用紙が不足してい る場合は別紙でも結構 です。)				
現在受診されている医療機関名・診療科目・医師名を記載してください。				
【医療機関名】				
【診療科名】				
【医師名】				

※当院使用欄

実施日	令和 年 月 日
申込者への連絡	済 ・ 未 【担当診療科】 【医師名】

■お申し込み・お問い合わせ先 心臓血管センター 金沢循環器病院 地域医療連携室
TEL (076) 253-8000 (代) FAX (076) 253-0008
受付時間 13:00から16:00 (土・日・祝日・8/15、16・年末年始を除く)