

以下の内容に同意の上、セカンドオピニオン外来に申込みます。

- 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。

申込日： 年 月 日

フリガナ			性別	男 ・ 女
患者氏名				
生年月日	年	月	日	(歳)
当院受診の有無	あり (登録番号) ・ なし			
患者住所	〒			
患者連絡先	電話番号:	-	()	-
	携帯電話:	-		-
相談者氏名	続柄()			
相談者住所	〒			
	☐ 患者住所と同じ			
相談者連絡先	電話番号:	-	()	-
	携帯電話:	-		-
	☐ 患者住所と同じ			
医師名	※相談を希望する医師があればご記入ください 医師名: 診療科:			
相談希望日	第1希望日	年	月	日 (曜日)
	第2希望日	年	月	日 (曜日)
相談目的	診断 ・ 検査結果 ・ 治療方針 ・ 手術方法等			
具体的内容				

【紹介元】

医療機関名			
医師名	医師名:	診療科:	

【当院記入欄】

実施日	年 月 日 (曜日)
申込者への連絡	済 ・ 未 【診療科・医師名】 科

申込先

知多半島総合医療センター 患者サポートセンター

TEL:0569-89-0515(代表) FAX:0569-89-0328(直通)

受付時間 8時30分～17時00分(土日・祝日・年末年始を除く)