

平成 年 月 日 (別紙1)

### セカンドオピニオン外来予約申込書

兵庫県立柏原病院 がん相談支援センター あて  
TEL: 0795-72-4270 FAX: 0795-72-4892

以下の項目についてご記入のうえ、紹介状を添えてFAXにて送信してください。

ご紹介元医療機関名等 (フリガナ: )

1. 貴医療機関名 : ( )
2. 代表電話番号 :
3. 診療科・医師 :
4. 申込者 / 連絡先 :
5. 取次部署 / FAX : /

ご紹介患者様データ等

6. フリガナ : ( )
7. 氏名 / 性別 : / 男 . 女
8. 生年月日 : 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
9. 電話 / FAX : /

ご相談者、ご相談データ等

10. フリガナ : ( )
11. 氏名 / 続柄 : / 本人・家族・その他
12. 希望診療科・医師 : 科 (指定医師: )
13. ご都合の悪い日等 :
14. 現状 / 告知 : 通院中 . 入院中 / 告知有 . 告知無
15. 疾患名 :

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(訴訟等の目的に使用しないことや自費診療であること)を理解していただいたうえでお申し込みください。  
また、ご本人が来院しない場合は代理受診同意書とあわせてご提出ください。  
なお、予約の決定は数日以内に予約票を送り、お知らせします。

兵庫県立柏原病院