

FAX 番号 0120-927-154

# FAX 送信票

(セカンドオピニオン外来依頼用)

市立ひらかた病院 医療相談・連携室 担当者 あて

別紙の患者様について、セカンドオピニオン外来での相談を希望されておられますので、対応を依頼します。

【送信書類 計 枚 (この送信票を含む)】

- 診療情報提供書 (紹介状)
- 検査所見 (データ)
- その他 ( )

ご本人または相談希望者が希望している主な相談内容	
備 考	

※ 氏名・病状等については、診療情報提供書の添付に代えることができます。ただし、本院の相談対応の可否にかかわらず、貴院での診療情報提供に係る自己負担額のお支払が必要であることの御説明をお願いします。

※ 希望されている相談内容について、可能な範囲で御記入をお願いします。

※ 相談希望日時等があれば備考欄への御記入をお願いします。

(医療機関)

所在地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

担当部署

担当者様氏名 \_\_\_\_\_

----- ■ 以下本院処理欄 ※この欄には記入しないでください。 -----

依頼受理日	年 月 日	受理者		相談実施	可・不可
相談日時	年 月 日 時 分 ~				
診療科	科	担当医師		同席者	
連絡日時	年 月 日	連絡先 (申込者 ・ 医療機関)			