

# セカンドオピニオン申込書

【 FAX:送付先 058-388-4867 】

平成 年 月 日

松波総合病院  
地域医療介護連携室 宛

下記のうち、どちらかを選択し、チェックしてください。

- 貴医療機関が、直接、相談日調整をなされる。
- 後日、患者様が電話で相談日調整をなされる。

貴医療機関名
診療科及び医師名
医療機関住所
電話番号
FAX番号

相談者	患者登録ID	(当院の診察券をお持ちの方は記入して下さい。)					
	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日 生まれ	性別	男・女
	連絡先	携帯番号	-	-			
疾患名(主訴)	<input type="checkbox"/> 別紙、診療情報提供書のとおり。						
既往、症状、治療経過現在の処方等	<input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定あり 月 日) <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 持参資料 [ <input type="checkbox"/> CD-R、 <input type="checkbox"/> フィルム、 <input type="checkbox"/> プレパラート、 <input type="checkbox"/> その他( ) ]						
<input type="checkbox"/> 別紙、診療情報提供書のとおり。							

松波総合病院 地域医療介護連携室  
〒501-6062 岐阜県羽島郡笠松町田代185-1  
電話 058-388-3360