セカンドオピニオン予約申込書

申込年月日　　年　　月　　日

公益財団法人甲南会　甲南医療センター
患者サポートセンター　宛

〒658-0064　神戸市東灘区鴨子ケ原１丁目５-１６
TEL　078-854-4370　FAX　078-854-4099

以下の項目にご記入のうえ、診療情報提供書を添えて FAX 送信をお願いします。

ご紹介元医療機関名等

1　貴医療機関名 ……
2　診療科・医師 ……
3　ご担当者様 ……
4　代表電話番号 ……
5　ＦＡＸ番号 ……

ご紹介患者さま情報等

6　氏（フリ）名（ガナ）・性 別 ……／　男　女
7　生 年 月 日　大正　昭和　平成　令和　西暦　　年　　月　　日（　　歳）
8　TEL／FAX ……／……
9　疾　患　名 ……／　通院中　入院中

ご相談者様・ご相談内容等

10　氏（フリ）名（ガナ）・続柄 ……（続柄）……
11　希望診療科等 ……科（希望医師：　　）
12　ご 希 望 日
　第１希望：　　年　　月　　日　第２希望：　　年　　月　　日
13　相談内容（目的・症状・経過）等
……
……
……
……
……