

申込日: 令和 年 月 日

兵庫県丹波医療センター _____ 科 セカンドオピニオン予約申込書

この申込書は、患者様が患者様記入欄にご記入または選択の上、診療情報提供書(主治医が作成)を添えて、紹介元医療機関を通じて丹波医療センターへ申込み(ファクシミリ送信)をお願いします。

<紹介元医療機関記入欄>

紹介元医療機関の情報	医療機関名		診療科	
	住所	〒 -		
	TEL		FAX	
	主治医名		とりつき部署	

<患者様記入欄>

患者様の情報	フリガナ氏名		性別	男・女
	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日 (歳)	
	疾患名	(通院中・入院中)		
来院相談者および相談内容	来院相談者名		続柄	本人・家族
	希望受診科		希望医師	
	相談希望日			
	都合の悪い日	・ いつでも可		
	相談内容			
ご連絡先	氏名			
	住所	〒 -		
	連絡先	電話 ()	-	
		FAX ()	-	

<丹波医療センター記入欄>

相談の受け入れの可否 → (可 ・ 否)

診療予約日時	令和 年 月 日 (曜日)	午前・午後	時 分
診療科		担当医師	

地域医療連携センター

TEL : 0795-88-5200 (代)

FAX : 0795-88-5231 (予約直通)