

(様式 2)

金沢医療センター

セカンドオピニオン FAX 予約申込書

地域連携室 FAX 番号 076-262-4188 (9時から17時受付)

医療機関から診療情報提供書と一緒に送ってください

患者情報			
フリガナ 患者氏名		年齢 生年月日	歳 西 年 月 日 暦
住所	県	市・郡	
電話番号	1.	②	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 診察歴あり (診察券番号:)		
資料内容	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> CD-R 画像 <input type="checkbox"/> 採血など検査データ <input type="checkbox"/> 病理		
予約希望日などの情報			
受診希望日	(複数記入可能) ※院内の都合により、ご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください		
受診できない日	(複数記入可能)		
お聞きしたい 内容	<input type="checkbox"/> 治療方針について <input type="checkbox"/> 術式 <input type="checkbox"/> その他 ()		
医師指定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診療科・医師名 ()		
紹介元情報・予約日時の連絡方法			
(送信元) 医療機関名			
医療連携 ご担当者様			
貴院の担当医	(診療科・医師名)		
直通TEL (医療連携室等)			
貴院への連絡方法	予約日を確定後、1週間以内に電話でお伝えいたします。予約票はありません。		

※ご不明な点がございましたら、(076-262-4161 代表) 金沢医療センター 地域連携室までご連絡ください。

予約日時	診療科:	医師:	最終確認サイン
	日時: 年 月 日 時間 ()		
	診察券番号: ()		