

セカンドオピニオン申込書

(医療機関からのみ申込みができます)

申込日 西暦 年 月 日

■ご紹介医療機関の情報

医療機関名			
所属部署		事務担当	
住 所	〒		
TEL	()	FAX	()

■患者様の情報

フリガナ		生 年 月 日	
氏 名	男・女	西暦	年 月 日 (歳)
当院受診歴	有 無	当院ID	
住所・TEL	〒 TEL ()		
希望する診療科	科 (希望の医師があれば:		医師)
都合の悪い日時			
相談事項	※必ず診療情報提供書(紹介状)を添えてお申込みして下さい。		
持参資料	<ul style="list-style-type: none"> ・診療情報提供書(紹介状) ・画像データ(CT MRI X線フィルム) ・検査データ(血液 病理 内視鏡 エコー) ・カルテの写し 		

FAX番号 06-6312-8620

TEL番号 06-6131-2955

北野病院 地域医療サービスセンター