

前橋赤十字病院 セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟などのセカンドオピニオン以外の目的に使用しないこと、及び自由診療料金として定められた金額を支払うことを同意した上で、申し込みます。 申込日：西暦 年 月 日

患者様について	フリガナ 様(男・女)	生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 ()歳
	住所：〒 県 市・郡 町・村 番地		
	電話： () / () FAX： ()		
相談者について *予約等のご連絡先	フリガナ 様(男・女)	患者様との続柄 (家族のみ)	本人 家族()
	住所：〒 県 市・郡 町・村 番地		
	電話： () / () FAX： ()		
疾患名	1. 2. 3.		
患者様の現在状況	*○でお選びください 入院中 ・ 通院中 ・ その他()		
ご相談内容	*ご自由にお書きください		
相談希望日	第1希望日：西暦 年 月 日()ころ 第2希望日：西暦 年 月 日()ころ		
現在の主治医	病院・医院・クリニック 科 先生		
ご提出資料	*○でお選びください 紹介状 ・ レントゲンフィルム ・ 画像データ(CD-R) ・ その他()		

※上の太枠にご記入のうえで、FAX または郵送でお申し込みください。

2021.4.1 Ver2

※お申込み時に紹介状や画像データを送付頂く場合がございます。

※相談予約の日時はお申込み数日以内に該当の診療科にて検討しご連絡いたします。

※前橋赤十字病院記入欄			
予約日：西暦	年	月	日() 時 分
担当：	科	医師名：	
返書日：西暦	年	月	日() 備考

お問合せ：前橋赤十字病院 地域医療連携課へ
電話：027-225-5247(平日8時30分～17時)
FAX：027-225-5273