

## セカンドオピニオン 申込書

自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意のうえ、セカンドオピニオン受診を申し込みます。

西暦 年 月 日 氏名 ⑧

患者様について	ふりがな 氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 西暦 年 月 日生( 歳) 当院にかかられたことがありますか。 有( 年 月頃)・無
相談者について	氏名 _____ 本人・家族(続柄 _____) 住 所 _____ 連絡先 電話 _____ ( _____ ) FAX _____ ( _____ )
相談第一希望日	西暦 年 月 日 時頃から
相談第二希望日	西暦 年 月 日 時頃から
○セカンドオピニオンを受診される目的をお書きください。(別紙可) 希望される診療科( _____ )科	
○現在の病名・症状について詳しくお書きください。(別紙可)	
現在 おかけの 医療機関 について	_____ 病院・医院・診療所 ( _____ )科 ( _____ )先生 所在地 _____ 電 話 _____ ○病名・症状・治療方針についてどのような説明を受けましたか。 出来るだけ詳しくお書きください。(別紙可)

※相談日はご希望に添うように調整しますが、都合によりご希望に添えないことがあります。

なお、相談日時については、平日の14時～16時頃までの間とさせていただきますので、ご了承ください。

※病院休診日(土・日曜日、祝日、年末年始(12月29日から1月3日))は、相談に応じられませんので、ご了承ください。

◎送信前には、必ずFAX番号を確認していただいておかけ間違いのないようにお願いします。

◎受信の確認は、電話または、FAXで地域医療連携室からさせていただきます。

京都鞍馬口医療センター 地域医療連携室  
 〒603-8151 京都市北区小山下総町27  
 ☎ 075(441)6101(代) FAX 075(441)4913  
 受付時間は平日の9時～17時までとさせていただきます。