松阪中央総合病院　地域医療連携室
セカンドオピニオン予約受付担当行き

FAX ： 0598-21-7616
TEL ： 0598-21-5510

セカンドオピニオン予約申込書（FAX 送信票）

申込日　　年　　月　　日

紹　介　元

医療機関名	所属科
担当医師	電話
所在地	ﾌｧｯｸｽ

相談診療科

診療科	科名
担当医師	□指定なし　　□医師指定　　医師
来院日	□希望日　　年　　月　　日頃（　　曜日）
紹介目的	（コメント）

※　事前に診療録の準備をさせていただきますので、患者さまの基本情報をお知らせください。

患　者　基　本　情　報	
フリガナ	性　別
患者氏名	（　男　・　女　）
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）
電話番号 住　　所	〒　　－　　電話（　　－　　－　　）
本院受診歴	□なし　□不明　□あり（診察券番号　　）

ご注意

必ず紹介医の診療情報提供書を同送してください。（用紙指定はありません）