

# 社会保険神戸中央病院 セカンドオピニオン外来予約申込書

申込日 平成 年 月 日

社会保険神戸中央病院  
地域医療推進室 地域医療連携係 宛  
TEL 078 (591) 3461  
FAX 078 (595) 2727

以下の項目にご記入の上、診療情報提供書を添えてFAXをお願いします。  
ご本人が来院されない場合は、セカンドオピニオン同意書とあわせて送信願います。

## ご紹介元医療機関名等

- 1、 貴医療機関名.....
- 2、 診療科・医師.....
- 3、 連絡先.....
- 4、 TEL/FAX.....

## ご紹介患者さまデータ等

- 1、 <sup>フリガナ</sup>氏名・性別..... 男 ・ 女
- 2、 生年月日..... 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（才）
- 3、 TEL/FAX.....
- 4、 疾患名..... 通院中 ・ 入院中
- 5、 告知の有無..... 告知有 ・ 告知無

## ご相談者・ご相談内容等

- 1、 <sup>フリガナ</sup>氏名・続柄..... 本人 ・ 家族
- 2、 希望診療科.....
- 3、 ご都合の悪い日.....

※ご相談は、診断、治療に関するものに限ります。

以下のような場合はお受けできませんので、患者さま（相談者）にご理解いただいた上お申し込みください。

- ・ 治療に対する不満
- ・ 医療費、医療過誤、医療訴訟に関すること
- ・ 転院相談
- ・ 主治医からの情報提供が無い場合