JR 札幌病院　セカンドオピニオン外来申込書

訴訟目的に使用しないこと、主治医宛の報告書が作成される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に同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

受診科(○でお囲み下さい)	外　科	循環器科	

患者さま	ﾌﾘｶﾞﾅ お名前	様	性別 男　・　女
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（満　　歳）	
	ご住所	〒　　－ 電話（　　）　　－	

ご相談者	ﾌﾘｶﾞﾅ お名前		患者様との続柄	
	ﾌﾘｶﾞﾅ お名前		患者様との続柄	
	ﾌﾘｶﾞﾅ お名前		患者様との続柄	

当院からの御連絡先	お名前・電話	電話（　　）　　－

１．患者様の現在の状況：　入院中・通院中・その他（　　）

２．入院中（入院した）または通院中（通院した）の病医院について：

病医院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿科　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

３．病名：

４．医師に相談される内容（用紙が不足している場合には別紙でも結構です）：

５．ご持参頂ける資料について、わかる範囲で○印をつけて下さい：

レントゲン写真・ＣＴ・ＭＲＩ・心電図・エコー・血液検査データ

その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記ご記入の上、011-208-7170 へ FAX または郵送下さい。

JR 札幌病院　地域医療連携センター　〒060-0033 札幌市中央区北３条東１丁目