

神戸中央病院 セカンドオピニオン外来申込書

申込日 令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
神戸中央病院 地域医療連携室 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と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、 ^{フリガナ}氏名・性別..... 男 ・ 女
- 2、 生年月日 大正 昭和 平成 令和 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、 ^{フリガナ}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です。

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
- ・ 主治医からの情報が無い場合