# 石川県立中央病院

# セカンドオピニオンFAX　　予約申込書

**地域連携室　FAX番号 076-238-0505（9時から1７時受付）**

**医療機関から診療情報提供書と一緒に送ってください**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者情報 | | | | | | | | |
| フリガナ | （ 男 ・ 女 ） | | 年齢 | 歳 | | | | |
| 患者氏名 | 生年月日 | 西暦 | | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | 県　　　　　　　　　市・郡 | | | | | | | |
| 電話番号 |  | ② | | |  | | | |
| 当院受診歴 | □なし  □診察歴あり　（診察券番号：　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 資料内容 | □診療情報提供書　　□CD-R画像　　□採血など検査データー　　□病理 | | | | | | | |
| 予約希望日などの情報 | | | | | | | | |
| 受診希望日 | （複数記入可能）※院内の都合により、ご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください | | | | | | | |
| 受診できない日 | （複数記入可能） | | | | | | | |
| お聞きしたい  内容 | □治療方針について　　□術式  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 医師指定 | □なし　　　□あり　　診療科・医師名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 紹介元情報・予約日時の連絡方法 | | | | | | | | |
| （送信元）  医療機関名 |  | | | | | | | |
| 医療連携  ご担当者様 |  | | | | | | | |
| 貴院の担当医 | （診療科・医師名） | | | | | | | |
| 直通ＴＥＬ  (医療連携室等) |  | | | | | | | |
| 貴院への連絡方法 | 予約日を確定後、1週間以内に電話でお伝えいたします。予約票はありません。 | | | | | | | |

※ご不明な点がございましたら、（076-237-8211代表）石川県立中央病院 地域連携室までご連絡ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予約日時 | 診療科：　　　　　　　　　　医師：  日時：　　　　年　　　月　　　日　　時間（　　　　　　　）  診察券番号：（　　　　　　　　　　　　　） | 最終確認サイン |