

広島赤十字・原爆病院 セカンドオピニオン外来 申込書

広島赤十字・原爆病院 地域医療連携課 行
〒730-8619 広島市中区千田町1丁目9番6号
TEL:082-241-3111(内線:3211)

FAX 082-504-7576

紹介元医療機関
名称
所在地
電話番号
医師氏名

訴訟等の目的に使用しないこと、及び自由診療料金として定められた金額(30分まで11,000円、30分超60分まで16,500円)を支払うことに同意の上、以下の内容で、広島赤十字・原爆病院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

申込日 年 月 日

患者	氏名	(ふりがな)	性別	生年月日
			男・女	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生(歳)
	住所 連絡先	〒 ー ー 県 TEL() ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー 携帯番号() ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー		
相談者	氏名	(ふりがな)	患者との続柄	
*ご本人の場合、 記載の必要はありません	住所 連絡先	〒 ー ー 県 TEL() ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー 携帯番号() ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー		
予約の希望について				
希望日	第1希望	月 日	第2希望	月 日
診療科の指定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (科)			
医師の指定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医師名()			
相談内容について				
疾患名				
具体的な内容 (別紙添付可)				

セカンドオピニオン外来申込書と診療情報提供書をFAXしてください。

Ver20240722

当院 地域医療連携課から相談者(患者本人の場合は、患者)へ受診日時のご連絡をいたします。

紹介元へは、受診日時をFAXにてご連絡いたします。

相談当日には、紹介状及びできる限りの検査資料等をお持ちください。

患者本人が来院されない場合は、同意書が必要です。

広島赤十字・原爆病院 記入欄	チェック	確認者	受診日	患者連絡	病院連絡