行徳総合病院　セカンドオピニオン外来　申込書

必ず医療機関から診療情報提供書と共にFAXして下さい。　　令和　　年　　月　　日

患者	受診歴	当院に受診したことはありますか？　なし　・　あり　（ID：　　）		
	ふりがな		男・女	大正　・　昭和　・　平成　・　令和
	氏　名			年　月　日 生　歳
	住　所	〒		患者様連絡先 TEL：　-　-
医療機関名	病院名			FAX：　-　- TEL：　-　-
	住　所	〒		診療科： 主治医： 相談者：

希望診療科（必ずご記入ください） 【　　】科	希望相談医師〔　なし　・　あり　〕 【　　】先生

※ご希望にそえないことがあります。あらかじめご承知おき下さい。

病　名	
相談の目的	
今までの経過	
現在の状況	
資　料	診療情報提供書 画像（フィルム・CD-ROM）　／　プレパラート（組織標本）　／　その他（　　）
相談日	ご都合の悪い日はありますか？　〔　なし　・　あり　〕 →　〔　あり　〕の場合はご都合の悪い日・時間を記載して下さい 【　　】
相談日同席者	1.患者本人のみ 2.患者本人、家族（　　）

«当院記載欄»

日時	令和　年　月　日（　曜日）　時　分
診療科	科　医師
場所	

日時決まり次第、FAXにて返信いたします。

IMS〈イムス〉グループ　医療法人財団 明理会
行徳総合病院

TEL：047-398-8011（連携室直通：医療機関専用）
TEL：047-395-1151（代表：患者様専用）
FAX：047-398-8058