**神戸市立医療センター西市民病院セカンドオピニオン外来申込書**

令和　　年　　月　　日

以下ご記入のうえ、「同意書」(本人以外が受診を希望する場合のみ)・診療情報提供書を添付の上FAX送信ください。

　　　　　　　　　　　紹介元医療機関名   
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所 〒

電話番号(代表)　　　　　　(担当)

　　　　　 FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　診療科　　　　　 　 医師名

　 申込担当者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 |  | | |
| 連絡先 (携帯・ご自宅) |  | 生年月日 |  |
| 相談者氏名 |  | 続柄 |  |
| 相談者連絡先 (携帯・ご自宅) |  | | |
| 現在の診断名と治療方針 | | | |
| 当院でお聞きになりたいこと | | | |
| 当院の診療科の指定　（　　　　　　　　　　　　　科） | | | |
| 必要書類   1. 診療情報提供書 2. 画像データ（レントゲン・CT・MRI等）　有・無 3. 検査データ　有・無 4. 生理検査の結果・病理検査結果報告書 5. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

**連絡先　神戸市立医療センター西市民病院　病診連携室　　FAX　078-579-1943**

**≪受付時間≫月～金：9時00分～19時00分　土　9時00分～13時00分**

**※予約の決定は数日以内にお電話で紹介元医療機関及び相談者さんへお返事いたします。**