



東広島医療センター地域医療連携室 御中

他の医療機関へのセカンドオピニオン申込書

● 患者様についてご記入ください

住 所 〒	
氏 名	
性 別	男 女
生年月日	年 月 日 (才)
電話番号	
連絡のつく電話番号	
ファックス番号 (設置している方)	
何の疾病についてのセカンドオピニオンですか	
当院主治医又は担当医師名	
右の口に必要なものをチェックしてください	<input type="checkbox"/> 紹介状
	<input type="checkbox"/> 血液検査データ 平成 年 月 日～平成 年 月 日までのもの
	<input type="checkbox"/> その他のデータ (具体的に)
	<input type="checkbox"/> レントゲンフィルム 平成 年 月 日～平成 年 月 日までのもの

ご用意ができましたら当院担当者よりご連絡いたします。

● 患者様と相談者が違う場合 (相談者はご家族に限ります)

相 談 者	住 所 〒
	氏 名
	電話番号
	連絡のつく電話番号
	ファックス番号 (設置している方)
	患者様とのご関係 患者の

患者様と相談者の家族関係を証明する書類をご持参ください (健康保険証またはその他の証明するもの)。

※ 当院整理欄

セカンドオピニオン連絡	平成 年 月 日 様へ
その他の参考事項	提出先医療機関名：