FAX:052-323-5726

藤田医科大学ばんたね病院　セカンドオピニオン申込書

申込日　　年　　月　　日

紹介元医療機関

所　在　地

医　療　機　関　名

科　名　・　医　師　名　　科　　先生

T　E　L　（　　）　　－

F　A　X　（　　）　　－

診療科	受診希望科　　科　　先生（医師指定　無　）
患者氏名	フリガナ 様　性別　男　・　女
生年月日	年　月　日　（　歳）
住所	〒
連絡先	自宅　（　） 携帯電話　（　）
相談者	本人　・　家族　氏名　（続柄　）
予約日等希望がありましたら記載をしてください。	

※「セカンドオピニオン申込書（本書）」、「診療情報提供書」をFAXしてください。

※セカンドオピニオンは自由診療です。
　1回　30,000円（税別）の費用がかかる旨、患者さんへご説明お願い致します。

※なお、担当医との調整が必要ですので、お返事に数日かかることがございますので、
　予めご了承ください。

藤田医科大学ばんたね病院
地域医療連携センター
TEL:052-323-5918・5927
FAX:052-323-5726

地域医療連携センター受付時間
●平日　8:45～19:00
●土曜日　8:45～12:30
※日曜・祝日、夜間の受付は行っておりません。