

FAX:052-323-5726

藤田医科大学ばんだね病院 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）		

※「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 33,000円(税込)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場合がございますので、予めご了承ください。

藤田医科大学ばんだね病院

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いません。