**診療情報提供書（兼）申込書（セカンドオピニオン用）**

【FAX番号：059-354-2214】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

市立四日市病院

　　　　　　　　科

医師

|  |
| --- |
| （希望医師がありましたらご記入下さい） |

【紹介元医療機関】

医療機関名

所在地

医師名

電話/FAX

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者 | 当院受診歴 | 有・無 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 性別・生年月日 | 男・女　　大正・昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 連絡先 | 電話番号 |
| 携帯番号 |
| FAX番号 |
| 傷病名（主訴） | |  |
| 紹介目的 | | **セカンドオピニオン希望** |
| 既往歴及び家族歴  症状経過及び検査結果  治療経過  現在の処方  （※この記入欄については、別紙でも結構です） | | 薬物アレルギー（有・無） |
| ご都合の悪い日にち | | |
| **当日に本書を持参するようお話下さい。また、必ず画像診断のCD-Rや検査の記録等も持参いただきますようお願いします。**  **セカンドオピニオン外来は、30分まで10,000円、30分を超えるごとに5,000円加算します。（消費税別）**  返書を差し上げるまでに日にちがかかることがありますが、ご了承下さい。 | | |

市立四日市病院　地域連携・医療相談センター「サルビア」

〒510-8567　　三重県四日市市芝田二丁目2番37号

電話059-356-0822　　　FAX　059-354-2214