

**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)
患者様氏名	フリガナ 様 性別 男・女		
生年月日	年 月 日 ( 歳)		
ご住所	〒		
ご連絡先	自宅 ( )		
	携帯電話 ( )		
ご相談者	ご本人・ご家族 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 20,000円(税別)の費用がかかる旨、患者様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。