セカンドオピニオン　申込書

自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、セカンドオピニオンを申し込みます。
平成　　年　　月　　日　　氏名　　印

患者様について	ふりがな 氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女） 生年月日　明・大・昭・平　年　月　日生（　　歳） 当院にかかられたことがありますか。　有（　　年　月頃）・無
ご相談者について	氏　　名　　ご本人・ご家族（続柄　　） 住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 連絡先 電話　＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿ FAX　　（　　）
ご相談の希望日　平成　　年　　月　　日　　時頃	
セカンドオピニオンを受けられる目的をお書きください。（別紙可） 希望診療科（　　）科	
現在の病名・症状について詳しくお書きください。（別紙可）	
現在おかかりの医療機関について	＿＿＿＿＿＿＿＿病院・医院・診療所 （　　）科　（　　）先生 所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話番号
	病名・症状・治療方針についてどのような説明を受けましたか。 出来るだけ詳しくお書きください。（別紙可）

＊ご相談日はご希望に添うように調整しますが、都合によりご希望に添えないことがあります。ご了承ください。
＊ご相談日は平日の17時頃までとさせていただきます。
病院休診日（土・日曜日、祝日、開院記念〈8月16日〉、年末年始〈12月29日から1月3日〉はご相談に応じられません。ご了承ください。

◎送信前には必ずFAX番号を確認してください。
◎受信後、地域医療連携室より確認の連絡を電話又はFAXでさせていただきます。
（受信の確認は　電話　・　FAX　でお願いします）

社会保険京都病院　地域医療連携室
〒603－8151　　京都市北区小山下総町27
電話　075(441)6101(代表)　　FAX　075(441)4913
受付は平日の9時から17時までとさせていただきます。