診療情報提供書（兼）申込書

【　ＦＡＸ番号：059-347-3511　】

平成　　年　　月　　日

三重県立総合医療センター

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師

（相談希望医師ありましたらご記入ください。）

医療機関名、
診療科及び
医師名

医療機関
住　所

電話番号

ＦＡＸ番号

受診者	当院受診歴	有　・　無	
	フリガナ		
	氏　名		
	性別・生年月日	男　・　女	平成・昭和 大正・明治　年　月　日　生まれ
	連絡先	電話番号	（　　）　－
		携帯番号	（　　）　－
		FAX	（　　）　－
傷病名（主訴）			
紹介目的		セカンドオピニオン希望（自費診療）	
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、別用紙でも結構です。）		薬物アレルギー（　有　・　無　）	
	返事を差しあげるまでに、日にちがかかることがありますが、ご了承ください。		
	ご都合の悪い日にち		
	当日に本書を持参するようお話ください。また、必ず画像診断のフィルムや検査の記録等も持参するようお願いします。 セカンドオピニオン外来は、1時間まで、10,000円(税別）です。		

三重県立総合医療センター　地域連携課
〒510-8561　三重県四日市市大字日永5450番地132
電話　059-345-2321
FAX　059-347-3511