

セカンドオピニオン予約票

紹介元の医療機関名：

希望診療科名 _____

患者さまのお名前：

予約日； 年 月 日()

予約時間； 時 分

● 紹介元医療機関へお願い

紹介される患者さまに予約票、診療情報提供書、検査データなどをお渡してください。

受診日までに画像データ(CDR)を地域連携課宛に郵送していただくようお願いいたします。

● 患者さまへお願い

【当日の手続き】

○予約時間の30分前にはご来院ください。

※画像データを当日持参される場合は予約時間の1時間前にはご来院ください。

画像データ取込に時間を要しますので待ち時間が生じることをご了承ください。

○ご来院の際にはこの(予約票)、診療情報提供書(原本)、当院の診察券(お持ちの方のみ)を初診・再診受付へお出してください。

○料金は、10,000円(保険対象外消費税別)です。受付時にお支払いください。

○受付終了後、担当看護師がご案内いたします。

【注意事項】

○止むを得ない事情で予約日に来院できない場合は、お早めに地域連携課までご連絡ください。

○場合によっては、相談時間が遅れる場合がありますが、ご了承ください。

☆お問い合わせ先

三重県立総合医療センター 地域連携課

月曜日～金曜日 9:00～17:00

電話 059-347-3519(直通)

Fax 059-347-3511(地域連携課)