

様式 2

主治医への F A X 送付様式

令和 年 月 日

先生御待史

いつもお世話になっております。

貴院からご依頼のありました患者様につきましては

下記のとおりご予約をお受けしましたので、ご連絡申し上げます。

患者さん氏名 _____ 様 (当院 I D 番号)

予約日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

担当医 _____ セカンドオピニオン担当 _____ 医師

予約当日は、患者さんの症状等について主治医が作成した紹介状（診療情報提供書）、レントゲン・CT・MRI などの写真・画像データ等、その他検査結果などで参考になるもの、健康保険証、ご家族等による相談の場合は、本人からの同意書（様式 4）と相談者を証する書類（運転免許証又は健康保険証に相談者名の記載があれば健康保険証でも可）、山形県立中央病院診察券（お持ちの方のみ）、下記の FAX による診察予約票をご持参のうえ、_____ : _____ の予約時間の 15 分前まで総合受付にお越しくくださるようお伝えください。

山形県立中央病院 地域医療部

TEL 023-685-2757

FAX 023-685-2606

キリトリ

患者さん用

FAX によるがんセカンドオピニオン外来予約票

患者さん氏名 _____ 様 (当院 I D 番号)

予約日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

担当医 _____ セカンドオピニオン担当 _____ 医師

(少々お待ちいただく場合がありますのでご了承ください。)

予約当日は、患者さんの症状等について主治医が作成した紹介状（診療情報提供書）、レントゲン・CT・MRI などの写真・画像データ等、その他検査結果などで参考になるもの、健康保険証、ご家族等による相談の場合は、本人からの同意書（様式 4）と相談者を証する書類（運転免許証又は健康保険証に相談者名の記載があれば健康保険証でも可）、山形県立中央病院診察券（お持ちの方のみ）、この予約票をご持参のうえ、_____ : _____ の予約時間の 15 分前まで総合受付にお越しいただき「がんセカンドオピニオン外来の予約である」旨をお伝えください。

※予約日に来院できなかった場合は、紹介元の医療機関にご連絡をお願いします。

※来院時はまっすぐ総合受付にお越しくください。

山形県立中央病院 地域医療部

TEL 023-685-2757

どうぞお気をつけてご来院ください。