



# 徳島大学病院 セカンドオピニオン外来 FAX予約票

■ FAX 0120-33-5979 ■ セカンドオピニオン外来 TEL 088-633-9654 ■ 予約センター TEL 088-633-9106

**\*セカンドオピニオン外来（自費診療）では、診察も検査も行いません。  
診察をご希望の方、転院をご希望の方は、通常の外来を受診して下さい。**

紹介元医療機関住所	〒		
紹介元医療機関名		TEL	
紹介元診療科 担当医師名	科	先生	FAX
紹介元医療機関に	現在（ 通院中 ・ 入院中 ）		
連携担当	部署 氏名	TEL FAX	

希望診療科			
疾病名	①		
	②		
	③		
備考			

ふりがな		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日（ ）歳
患者住所	〒 TEL（ ） -		
徳島大学病院 受診歴 (歯科含む)	無 ・ 有（登録番号）	旧姓・旧住所での受診歴がある際には、お電話にて確認を取らせて頂く場合があります。ご了承下さい。	
相談者氏名		続柄	本人・家族（続柄）
相談者住所	〒 TEL（ ） -		
予約日時 調整希望	相談者に直接 ・ 連携担当者を通して（ご連絡先を上所の所定の欄にご記入下さい）		

添付書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ セカンドオピニオン外来申込書（必須）</li> <li>・ 診療情報提供書</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul> <p><b>* 外来申込書以外は当日ご持参でも結構です</b> (診療情報提供書、検査資料、同意書、相談用紙、など)</p>
------	--

- FAX受付時間 月～金 9:00～17:00（土日祝、年末年始を除く） 予約センターTEL：088-633-9106
- セカンドオピニオン外来は、担当曜日・時間が決まっております。  
日程調整をさせて頂いた上で決定いたしますので、すぐのお返事はできかねます。ご了承下さい。