

魚沼基幹病院 セカンドオピニオン依頼書(F A X用)

F A X 番号 (直通) 025-777-5030

送付日 令和 年 月 日

魚沼基幹病院  
患者サポートセンター 宛

医療機関名 \_\_\_\_\_  
部署・担当者等 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
F A X 番号 \_\_\_\_\_

当院で実施できるセカンドオピニオンは、以下の診療に関するものです。  
相談する診療の種類に○をつけてください。  
併せて、申込書、委任状、紹介状、検査データ等をF A Xしてください。

血液内科 (全般)      呼吸器・感染症内科 (全般)      消化器内科 (全般)  
消化器外科・一般外科 (全般)      心臓血管外科 (全般)      呼吸器外科 (全般)  
泌尿器科 (悪性腫瘍)      耳鼻咽喉科 (全般)      産婦人科 (全般)  
歯科口腔外科 (嚢胞 ・ 良性腫瘍 ・ 顎変形症 ・ 歯科インプラント ・ 悪性腫瘍)

○患者情報

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	M・T・S・H・R	年	月 日
住所			※電話 ( )	—	

※日中連絡がとれる連絡先をご記載ください

料金は、1回1時間11,000円(税込)です。  
担当医師と相談の結果については、後日ご連絡致します。

<お問い合わせ先>

〒949-7302  
新潟県南魚沼市浦佐4132番地  
魚沼基幹病院 患者サポートセンター  
電話：025-777-3200(代表)