

セカンドオピニオンの申し込みについて

セカンドオピニオンの申し込みにつきましては、「セカンドオピニオン申込書」に必要事項をご記入のうえ、かかりつけ医作成の診療情報提供書（写）を添えて、FAXにてお送りください。

予約日につきましては、申し込みを頂いた後、日程を調整してご指定の連絡先に候補日をご連絡いたします。尚、予約制のため、ご希望の日時に添えない場合もありますのでご了承ください。

◇申し込み時に必要なもの

1. セカンドオピニオン申込書
2. 診療情報提供書のコピー
3. セカンドオピニオン同意書（ご家族のみがお見えになる場合のみ必要）

※かかりつけ病院から直接当院の地域医療連携室に FAX 頂いても結構です

※紹介状の原本や検査資料は相談当日にご持参ください

ご不明な点がございましたら、地域医療連携室までご連絡下さい。

◇申し込み・お問合せ先

〒793-0027 愛媛県西条市朔日市 804

西条中央病院 地域医療連携室

直通 TEL：0897-47-3768 直通 FAX：0897-47-4761

平日：8：30～17：00 第2・4水曜日、第2・4土曜日：8：30～12：00