

(相談者) 様

滋賀県立総合病院 病院長  
TEL:077-582-5031 (代表)

先にお申し込みいただきましたセカンドオピニオン外来の日時が、以下の通り決定しましたのでお知らせします。

### 記

1. 患者氏名 様
2. 相談者氏名 様
3. 相談日時 年 月 日 ( ) 曜日  
( ) 時 ( ) 分より
- ★予定時刻の30分前に、当院新館1階の総合受付へお越しください

4. 相談医師 ××科 ○○ △△ 医師

### 5. 持参物

- ・保険証 (保険診療ではありませんが、身分確認のためご提示ください)
- ・様式2のセカンドオピニオン外来申込決定通知書 (本用紙)
- ・様式3の滋賀県立総合病院 セカンドオピニオン外来相談同意書  
(様式3は患者さんご本人が来院されない場合のみ、ご持参ください)

### 6. その他

- ・診療情報提供書及び画像データは、事前にカルテに取り込み作業をしますので、○/○午前中までに当院 新館1階がん相談支援センター (12B) へ、郵送または持参して頂きますようお願いいたします。
- ・お車でお越しの方は駐車券を院内へご持参ください。駐車券無料化の手続きをさせていただきます。