

鹿児島市医師会病院セカンドオピニオン外来申込書 (患者様用)

私の病状についての診断の内容や、治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を
 用紙の同意書を添えて、鹿児島市医師会病院に申込みをいたします。

平成 年 月 日

患者本人署名 印

患者氏名、性別	ふりがな 氏名 (男・女)		
生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成)	年	月 日 (歳)
希望診療科	科		
相談者	☐ 本人 ☐ 家族		
相談者氏名・連絡先	ふりがな 氏名 (続柄)		
	住所 (〒番号)		
	TEL ()		
	携帯電話 ()		
	FAX ()		
鹿児島市医師会病院の受診歴	☐ 無	☐ 有	(昭和・平成 年 月 日頃 科)
かかりつけの医療機関 と主治医名	() () 科 () 先生		
病名			
状態	☐ 通院中 ☐ 入院中		
相談したいこと (最も聞きたいことから順に 箇条書きでお書き下さい)			
当日お持ちできる持参 品に○印をしてください	患者情報提供書 (紹介状)・レントゲンフィルム、CTフィルム、MRIフィルム・血液データ・ その他検査報告書 ()		

医師会病院使用欄	
予約日時	平成 年 月 日 ()
診療科	科 医師
調整者	

<本書送信先>
FAX: 099-254-1308
鹿児島市医師会病院医療連携室
TEL: 099-254-1125

- *申込み内容を検討して、後日連絡させていただきます。
- *記録を残すためFAXで連絡をいたします。FAX連絡が不可能な場合、
電話にてご連絡いたします。
- *この書類には個人情報が入りますので、送信先のFAX番号をお間違え
ならないよう十分にご注意ください。