

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別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。

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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (昭和・平成・令和 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	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 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	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番号をお間違えないよう十分にご注意ください。