

セカンドオピニオン外来申込書

	申込日	平成 年 月 日
ふりがな		明治・大正・昭和・平成
患者氏名	男・女	生年月日 年 月 日 (歳)
患者連絡先	〒 () (電話) (FAX)	
	住所：	
*相談者氏名	*患者との続柄	
*相談者連絡先	〒 () (電話) (FAX)	
	住所：	
病名		
相談目的 相談内容		
今までの経過		
現在かかっている医療機関		
医療機関名 () 診療科 () 主治医 ()		
現在の状態 (○で囲んでください) 入院中・通院中・在宅・その他 ()		
患者様は病名を (知っている・知らない・不明) 一人で (歩ける・歩けない) 食事 (普通・少し・不能)		
相談の希望日時 <small>*ご希望に添えない場合は、相談の上調整します。</small>	第一希望	月 日 午後 時
	第二希望	月 日 午後 時
	第三希望	月 日 午後 時

*患者様ご本人が受診される場合は、『相談者氏名・相談者連絡先・患者との続柄』の欄は空白で結構です。

*ご本人が受診されない場合は、ご本人の同意書が必要です。

※当院記入欄

相談決定日	平成 年 月 日	曜日	午後 時から	相談場所
担当医師	科 医師			
相談者への連絡	済・未 (FAX ・ 郵送)			

山鹿市民医療センター 地域医療連携室 TEL 0968-44-2185 FAX 0968-44-0071