セカンドオピニオン外来申込書

		申込日	令和　　年　　月　　日
ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名	男 ・ 女		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 ＊ご希望に添えない場合は、相談の上調整します。	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	令和　　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