

セカンドオピニオン外来受診 申込書

| | | | |
|--|--|--|--------|
| 患者様情報 | 患者様氏名 | 患者様の生年月日 | 患者様の年齢 |
| | フリガナ 氏名 | 明・大 昭・平 年 月 日 | 歳 |
| | 患者様の当院受診歴 ない ・ ある（患者番号： ） | | |
| | （当院受診歴有の方）今回のご相談と関連のある疾患ですか？ いいえ ・ はい | | |
| | 関連のある疾患の当院受診はいつ頃ですか？ 頃 | | |
| ご相談者情報 | ご相談者氏名（続柄） | ご相談者の連絡先 | |
| | フリガナ 氏名 （ ） | 住所 TEL FAX | |
| 疾患名 | | | |
| 1. _____ | | 4. _____ | |
| 2. _____ | | 5. _____ | |
| 3. _____ | | 6. _____ | |
| 入院先又は通院先 | | | |
| 病院名 | （主治医氏名 | 診療科 | 科） |
| 所在地 | | | |
| TEL | | FAX | |
| 提出資料 | | | |
| <input type="checkbox"/> 病状説明（紹介状等） | | <input type="checkbox"/> 検査データ | |
| <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム（CT等を含む） | | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| ご相談の内容（ご自由にお書き下さい。） | | | |

※この用紙に書ききれない場合は、別紙を添付して下さい。

医療法人 晴緑会 宮崎医療センター病院
〒880-0003 宮崎市高松町2番16号
TEL 0985(26)2800 FAX 0985(27)6811