別紙様式１

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
	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	明・大 昭・平　　年　　月　　日	歳
	住所　　電話		
	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	
	ﾌﾘｶﾞﾅ 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　　（主治医名　　診療科　　科）
所在地
TEL　　FAX

提出資料

□病状説明　　□検査データ
□レントゲンフイルム（ＣＴ等を含む）　　□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