

鹿児島市立病院セカンドオピニオン外来申込書

訴訟などの目的に使用しないこと、および定められた金額を支払うことに同意の上、下記の内容で、セカンドオピニオンを申し込みます。

年 月 日

| | |
|---|---|
| 患者さんの氏名・性別 生年月日(年齢) | フリガナ (男・女) (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 ()歳 |
| 患者さんの連絡先 | 〒 — — |
| | 住 所 |
| | TEL — — 携帯(— —) |
| | FAX — — |
| 相談者氏名 | 氏 名 患者さんとの関係 |
| 相談の具体的内容 | |
| 現在のかかりつけ病院 | 病院名 |
| | 科 名 主治医 |
| | <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 |
| 提出できる資料など | <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> その他() |
| ※以下、鹿児島市立病院記入 | |
| 受付年月日 | 年 月 日 |
| 担当診療科・医師 | 科 医師名 |
| 相談日時 | 年 月 日 時から |
| 鹿児島市立病院 〒 890-8760 鹿児島市上荒田町37番1号 TEL 099-230-7000 FAX 099-230-7101 | |