

鹿児島県立大島病院セカンドオピニオン申込書

貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

なお、訴訟等の目的にしないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

氏 名 _____ 印

ふりがな 相談者氏名	_____	男・女	大正・昭和・平成・令和 生年月日 年 月 日
相談者連絡先	〒 _____		
	電話 _____	FAX _____	_____
患者との続柄	_____		
ふりがな 患者氏名	_____	男・女	大正・昭和・平成・令和 生年月日 年 月 日
患者連絡先	〒 _____		
	電話 _____	FAX _____	_____
県立大島病院での受診歴の有無	有（診察券番号 _____） ・ 無 ・ 不明		
現在の主治医 医療機関名等	医療機関名	所在地	_____
	診療科名	主治医	_____
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
疾患名	_____		
相談の内容	_____		
相談予定日	令和 年 月 日		

* ご記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には使用しません。

* 県立大島病院記入欄

受付年月日	_____	受付番号	_____
担当診療科	_____	担当医師	_____
相談日時	令和 年 月 日 時 分～ 時 分 30・60分	備考	_____
相談場所	_____		