

国立病院機構 長崎川棚医療センター「セカンドオピニオン申込書」

申し込み日: 令和 年 月 日

| | | | | |
|--|------------|--|---|------|
| 患者(ご本人) | 氏名 | (フリガナ) | | |
| | 生年月日 | (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生(才) | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| 相談者 | 氏名 | | | |
| | 連絡先 | TEL: | - | - |
| | | FAX: | - | - |
| | | E-Mail | @ | |
| 続柄 | 本人・家族(続柄) | | | |
| 相談の希望日 | | 年 月 日()ごろ | | |
| 希望の診療科 | 希望担当医 | 診療科: | 科 | 医師名: |
| 疾患名 | #1 | | | |
| | #2 | | | |
| | #3 | | | |
| 相談の具体的内容 (相談目的、現病名、症状、 現在までの経過をご記入下さい。) | | | | |
| 主治医の医療機関名と、 お名前・所在地・電話番号 (お分かりになる範囲で結構です。) | | ()病院・診療所 ()科 ()先生 ----- 所在地: ----- 電話番号: | | |

訴訟などの目的に使用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の上、長崎川棚医療センターのセカンドオピニオン外来を申し込みます。

【確定内容 (病院記載欄)】

| | |
|------|--------------|
| 相談日時 | 年 月 日() 時 分 |
| 担当医 | ()科 ()先生 |
| 相談場所 | () |

長崎川棚医療センター医療相談支援センター
病院代表 TEL:0956-82-3121(内線1025)
FAX:0120-82-2970