

セカンドオピニオン外来申込書

		申込日	令和	年	月	日
(ふりがな)				明・大・昭・平・令 () 歳		
患者氏名、性別		生年月日		年	月	日
	(男・女)					
現住所	〒()					
	電話 ()	-	FAX ()	-		
相談者氏名		患者との続柄				
	(男・女)					
相談者連絡先	〒()					
	電話 ()	-	FAX ()	-		
疾患名	1. _____ 2. _____ 3. _____					
相談の具体的内容 (内容は自由にお書きください。別紙でも結構です。)	<u>できるだけ実際に相談に来られる方がご記入ください。</u>					
持参できる資料	1.診療情報提供書(紹介状) 2.血液検査記録 3.レントゲンフィルム 4.生化学検査結果(心電図・呼吸機能・脳波など) 5.超音波検査結果と画像 6.CT/MRI/PET検査結果と画像 7.病理検査結果報告書 8.その他()					
現在の状況	1.入院中 2.通院中 3.自宅療養中	<u>ご確認のうえ、すべてにチェックをいれてください。</u> <input type="checkbox"/> ご相談60分ごとに11,000円(自費診療) <input type="checkbox"/> 相談は本人または家族 <input type="checkbox"/> 診察や転医ではなく、意見の提供のみ <input type="checkbox"/> 医療過誤、訴訟に関連した目的ではない				
現在受診中の医療機関	病院名					
	診療科		医師名			
	電話 ()	-	FAX ()	-		

病院使用欄 (記入しないでください)						
受付年月日	令和	年	月	日	患者ID	
担当診療科・医師					相談場所	
相談日時	令和	年	月	日 ()	時	分 ~

鳥取県立中央病院 医療福祉相談センター
 TEL (0857)32-8500(予約専用)
 FAX (0857)21-8507 (直通)