

セカンドオピニオン外来申込書

二重線内をご記入ください。

	NO.	お申込み日			年	月	日
患者様の お名前	氏名	男・女	生年月日	明・大	年	月	日
ご相 談さ れる 方	氏名	男・女	患者様との続柄				
		住所	電話 ()		-		
セカンドオピニオンを受けることを患者様本人は同意している				はい ・ いいえ			
御相談を希望 される診療科 及び医師	科		医師	/ 病院に一任する			
病名							
現在の状態	入院中・通院中 (病医院名等)						
御相談の内容							
診療経過のわかる資料		(紹介状・レントゲンフィルム・検査結果など)		あり	なし	依頼中	
御相談希望日	年	月	日	曜日	午後	時	

セカンドオピニオン外来は保険診療外となりますのでご了承ください。

* 当院記入欄

相談決定日	年	月	日	曜日	午後	時から	相談場所
担当医師	科		医師				
相談者への連絡	済 ・ 未						
所要時間【相談】	30分以内 ・ 1時間以内 ・ 1時間半以内 ・ 2時間以内						

独立行政法人国立病院機構 都城医療センター TEL (0986) 23-4111 FAX (0986) 26-1893

※送信誤りが多くなっています。再度番号の確認をお願いいたします。