

出水総合医療センター セカンドオピニオン申込書

記載年月日：平成 年 月 日

<掛かり付け医・紹介元>

医療施設名： TEL： ()

科・医師名： FAX： ()

住 所：

フリガナ			性別
患者氏名			(男・女)
生年月日	(明治・大正・昭和・平成)	年 月 日生	() 歳
住 所 (書類送付先)	TEL： ()		FAX： ()
相談者氏名			
相談者の続柄	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 (患者との続柄)		
住所 (書類送付先)	TEL： ()		FAX： ()
相談の希望日	平成 年 月 日	相談希望科	
疾患名			
相談の概要 (手術の適応、治療法の選択枝等、なるべく具体的に記入ください)			
提供いただける資料 (掛かり付け医の先生にご相談ください)	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (紹介状) <input type="checkbox"/> 血液検査記録 <input type="checkbox"/> 生理学検査の結果 (心電図・呼吸機能・脳波など) <input type="checkbox"/> レントゲンフィルムまたはCD-R <input type="checkbox"/> 超音波検査の結果と画像 <input type="checkbox"/> CT・MRI検査などのフィルムまたはCD-R <input type="checkbox"/> 病理検査報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※以上、ご記入いただき本書をFAXにて当院医療連携室へ送信ください。担当医師と相談の上、数日中に「セカンドオピニオン外来相談連絡票」にて日時をお知らせいたします。

なお、診療情報提供書・各種フィルム等、相談に必要な資料の提供をお願いいたします。

出水総合医療センター記載欄	
相談日時	平成 年 月 日 時 分
診療担当医	科 医師
相談場所	診療科診察室・その他 ()

本書送付先
FAX：0996-67-1769
出水総合医療センター地域医療連携室
TEL：0996-67-1657

(紹介元医療施設→出水総合医療センター地域医療連携室)