

沖縄県立宮古病院 セカンドオピニオン外来申込書

沖縄県病院事業の設置等に関する条例第7条に規定する第二意見相談料で定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

平成 年 月 日

相談者

患者様の氏名、性別	ふりがな (男 ・ 女)		
生年月日(年齢)	(大正 昭和 平成) 年 月 日(歳)		
当院の来院履歴	無 ・ 有 ⇨ 有の場合、カルテ番号()		
患者様の連絡先	住所	〒()	
		電話 () - ()	
		携帯 () - ()	
ご相談者の連絡先	住所	〒()	
		電話 () - ()	
		携帯 () - ()	
ご相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族(続柄)		
疾患名	1) 2) 3)		
ご相談の具体的内容 (文章でも箇条書きでも 結構です。)	持参予定の検査データ レントゲン画像 ・ CT ・ MRI ・ 病理 ・ 心電図 内視鏡写真 ・ その他()		
受診中の医療機関と	病院 ・ 医院 科		
主治医の名前	医師名: 電話: () - ()		