

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 (ご自由にお書きください。別紙でも結構です。)						
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.生理化学検査結果(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		→ 下記に現在受診中の医療機関名をご記入ください			
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
担当診療科・医師	患者ID		相談場所
相談日時	令和	年	月 日 () 時 分 ~

鳥取県立中央病院 がん相談支援センター
TEL (0857)32-8181
FAX (0857)21-8507

