

# セカンドオピニオン外来申込書

		申込日	平成	年	月	日
(ふりがな)				明・大・昭・平 ( ) 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	平成	年	月 日
担当診療科・医師	患者ID		相談場所
相談日時	平成	年	月 日 ( ) 時 分 ~

鳥取県立中央病院 がん相談支援室

TEL (0857)21-8501

FAX (0857)21-8507