

高知医療センターセカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

フリガナ 患者さんの氏名		男・女	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日 (歳)
患者さんの 住所・連絡先	〒 TEL: FAX:				
フリガナ ご相談者の氏名 <small>(患者さんご本人、または患者さんの 同意書を得ているご家族)</small>		患者さん との続柄	本人 ・ 本人以外 ()		
ご相談者の 住所・連絡先	〒 TEL: FAX:				
疾患名	* * *				
ご相談の内容 <small>(ご自由にお書きください。 書ききれない場合は、別 紙にお書きください)</small>					
相談希望日	令和 年 月 日頃 (できるだけ早く)				
患者さんの 現在の状況	入院中 ・ 通院中 ・ 自宅療養中 ・ その他 ()				
主治医の お名前と医療機関	病院 ・ 診療所 ・ () _____ 科 _____ 先生				
主治医の連絡先 <small>(おわかりになる範囲で結構です)</small>					
持参できる資料	紹介状 ・ 検査結果 ・ レントゲン写真 (CT ・ MRI ・ 超音波 ・ 透視撮影 ・) ・ 病理診断結果 ・ その他 ()				

<病院記載欄>

受付番号		受付年月日	令和 年 月 日
担当診療科		担当医師	
相談時間	令和 年 月 日 ()	午前 ・ 午後	時 分

高知医療センター まごころ窓口
TEL: 088(837)3000(内線: 2171)
FAX: 088(837)6778