

# 島根大学医学部附属病院 セカンドオピニオン申込書

令和 年 月 日

## 島根大学医学部附属病院

がん患者・家族サポートセンター 行

FAX (0853)20-2545

TEL (0853)20-2518・2545

紹介医療機関名称

医師氏名(診療科)

電話番号 ( ) -

FAX番号 ( ) -

### ●患者基本情報(必ずふりがなをご記入下さい)

ふりがな			性別	島根大学病院の受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
患者氏名			男・女	ID - -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳	電話番号	( ) -	
相談者氏名	(続柄 )	携帯番号	( ) -	

### ●受診診療科・希望医師名

診療科		希望医師名	医師 ・ 指定なし
-----	--	-------	-----------

### ●受診希望日時

① 月 日 ( )	② 月 日 ( )
③ 月 日 ( )	④ 月 日 ( ) までの予約希望

### ●紹介目的・依頼内容・症状などご記入下さい。

ご相談の目的:
病名(疑い病名)、今までの治療経過:
患者さんの現在の状況: ( 入院中 ・ 通院中 ・ その他 )