

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

地域医療連携センター 行

FAX 0853-20-2063

TEL 0853-20-2061

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	診察券番号
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	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)