

高知県立幡多けんみんな病院セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日

(ふりがな)		(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
患者さんの氏名				
患者さんの住所・連絡先	〒		電話(携帯) FAX	() () ()
(ふりがな)			患者さんとの続柄	本人・本人以外()
ご相談者の氏名		(男・女)		
ご相談者の住所・連絡先	〒		電話(携帯) FAX	() () ()
希望日時	第1希望	月 日 (午前・午後)	病院からの回答方法の希望を○で囲んで下さい 電話 ・ FAX ・ 郵送	
	第2希望	月 日 (午前・午後)		
	第3希望	月 日 (午前・午後)		
※ ご希望の日時にそえない場合があります。ご了承ください。				
ご相談に来られる方	本人 ・ 本人とご家族 ・ ご家族	患者さんの現在の状況	入院中 ・ 通院中 ・ 自宅療養中 ・ その他	
持参できる資料	紹介状(診療情報提供書)・レントゲン写真 (CT・MRI・超音波・透視撮影 ・) ・検査結果・病理診断結果 ・ その他()			
病名または症状(現状をわかる範囲で書いてください)				
相談内容 ※ご自由にお書き下さい。書ききれない場合は別紙にてお書き下さい。				
現在かかられている医療機関名と担当医名 (医療機関名) (診療科) (担当医名)				

【 病院記載欄 】

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

◆相談費用 60分まで 11,000円 高知県立幡多けんみんな病院 がん相談支援センター(医療相談室)
30分延長の場合は追加 5,500円 TEL 0880-66-2222 FAX 0880-66-2805