

香川県立中央病院 セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

フリガナ			生年月日
患者様の 氏名	(男・女)		明・大・昭・平 年 月 日 () 歳
現住所	〒 - ◆電話 () - ◆FAX () - ◆携帯 () -		
相談者 氏名		患者様 との続柄	
提出 資料	*提出予定の資料に○をつけてください。 1. 診療情報提供書 2. 血液検査結果 3. 内視鏡検査結果 4. 超音波検査結果 5. CT 6. MRI 7. 病理検査の報告書 8. その他 ()		
希望 予約日	◆第1希望 月 日 () 曜日 ◆第2希望 月 日 () 曜日		
相談に 来られる方	ご本人 ご本人と家族 ご家族のみ (○をつけてください)		
現在の 主治医	医療機関の名称： 診療科： 医師氏名： 先生		
希望 診療科	*希望する医師がある場合は、医師名も記載してください。 科		
診断名又は 症状・現状			
ご相談の 具体的内容	(現在までの経過や聞きたいことを具体的に記載してください)		

香川県立中央病院 地域医療連携課

◆ TEL:087-802-1144 ◆ FAX:087-802-1160

