

国立病院機構 宮崎病院 セカンドオピニオン外来申込書

申込日： 年 月 日

患者氏名	フリガナ	性別
		男・女
生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 () 歳
住所	〒	
連絡先	TEL : 携帯番号 :	
相談者氏名 (患者本人以外の場合)	フリガナ	(続柄 :)
希望診療科 医師(希望がある方のみ)	診療科 : 整形外科・脳神経内科・小児科 医師名 :	
疾患名	1 2 3	
相談内容	(相談目的、現状の病状、これまでの経過等をご記入ください)	
現在、治療中の医療機関	(お分かりになる範囲で結構です) 医療機関名 : 医師名 : 所在地 : 電話番号 :	
希望日	第1希望 : 年 月 日 (時頃) 第2希望 : 年 月 日 (時頃)	

※希望日は調整いたしますが、ご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

(病院記入欄)

<input type="checkbox"/> 診療科・医師	科	医師
<input type="checkbox"/> 予約日時	月 日 ()	: ~
<input type="checkbox"/> 必要書類等	返却物 : <input type="checkbox"/> あり () 返書 : <input type="checkbox"/> 患者さんへお渡し <input type="checkbox"/> 紹介元送付	

独立行政法人国立病院機構宮崎病院 地域医療連携室
〒889-1301 宮崎県児湯郡川南町大字川南19403-4
TEL : 0983-27-1036(代) FAX : 0983-27-2728