

申込日: 年 月 日

セカンドオピニオン申込書 (医療機関用)

沖縄協同病院 地域連携課 宛

FAX: 098-853-1235

医療機関名			
担当医師	診療科	科	医師名
申込担当者名		TEL	
		FAX	

【患者様】

フリガナ			性別
患者氏名			<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
生年月日	大	・ 昭	・ 平 ・ 令 年 月 日生 (歳)
連絡先	TEL — — ※日中に連絡が取れる番号をご記入ください。		
住所	<input type="checkbox"/> 情報提供書のとおり(情報提供書に住所表記があれば省略可能です) 〒 -		

【ご家族のみセカンドオピニオンを受けられる場合はこちらもご記入下さい。】

* 別紙 セカンドオピニオン外来委任状を必ずご準備下さい。

フリガナ			患者様との関係
氏名			
生年月日	大	・ 昭	・ 平 ・ 令 年 月 日生 (歳)
連絡先	TEL — — ※日中に連絡が取れる番号をご記入ください。		

【お問い合わせ先】

TEL (098) 853-1201

地域連携課 前方連携

電話対応可能時間 平日: 月～金 9:00～17:00 (土曜のみ12:30まで)

作成日: 2021/4/1
作成部署: 地域連携課