

セカンドオピニオン外来 申込書

平成 年 月 日 申込

I D 番号						診察券をお持ちの方はご記入下さい。	
ふりがな						性別	男・女
相談者氏名							
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日						
住所	〒 - 市 町 県 郡						
電話番号	() -						
紹介元	病院・医院			主治医		医師	
相談日時	毎日(祝日を除く) 13:00~						
相談内容	肺癌や中皮腫などの悪性腫瘍疾患 間質性肺炎などの呼吸器系難病疾患 慢性気管支炎・肺気腫・呼吸不全などの慢性閉塞性肺疾患 結核・非定型抗酸菌症 気管支喘息(成人・難治性)など						
相談希望日	第1希望	月 日 (曜日)		時	分		
	第2希望	月 日 (曜日)		時	分		
	第3希望	月 日 (曜日)		時	分		
御希望医師							
相談希望日連絡	平成 年 月 日			担当者			

完全予約制で申込書は地域医療連携室へ郵送かFAXをお願いします。

必ずかかりつけの主治医の紹介状が必要です。

希望される相談内容の にレ印をして下さい。

ご都合の良い日時を第3希望までご記入下さい。

相談日時が決定しましたら当院より連絡いたします。

相談者以外の方が申込の場合ご本人様の同意書が必要です。

国立病院機構 山口宇部医療センター 地域医療連携室

FAX: 0836-58-2938

TEL: 0836-58-4100