

## 中日病院セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日

※ご家族が相談される場合は、患者様本人の同意書が必要となります。

<small>(ふりがな)</small>		<small>生年月日</small>	明・大・昭・平 (年齢 歳)
患者様の氏名	(男・女)	年 月 日	年 月 日
患者様の現住所	電話( ) - FAX( ) -		
当院への受診歴	有・無 (有の場合は右記をご記入ください)	診療番号	- -

※ご本人が相談される場合は、代理人欄の記入は不要です。

<small>(ふりがな)</small>		<small>患者様との続柄</small>	
代理人の氏名	(男・女)		
代理人の現住所	電話( ) - FAX( ) -		

※相談のご来院に都合の悪い曜日や時間などがあればご記入ください。

<small>来院不可能な曜日時間帯など</small>	・ 曜日	午前	午後
	・ 曜日	午前	午後
	・ 曜日	午前	午後

※こちらにご記入いただいた内容を基に医師と調整しますので、できるだけ詳しくご記入ください。

<small>疾患名</small>	1		
	2		
	3		
<small>相談内容</small>			
<small>相談希望医師</small>	(セカンドオピニオン担当の中尾・西塚のうち、ご希望がありましたらご記入ください)		
<small>持参資料</small>	1.診療情報提供書(紹介状) 2.血液検査記録 3.画像データ(レントゲン・CT・MRI) 4.生理学検査結果(心電図・呼吸機能・脳波等) 5.超音波検査の結果・画像 6.病理検査報告書 7.その他( )		
<small>現在受診されている医療機関について</small>	医療機関名		
	診療科	医師名	
	連絡先 電話( ) -	FAX( ) -	

※以下、記入しないでください。

病 院 使 用 欄			
<small>受付番号</small>		<small>受付年月日</small>	年 月 日
<small>担当診療科</small>	科	医師	診療番号
<small>相談日時</small>	年 月 日 ( )	時	分
<small>備考</small>			