

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター
セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日

【相談者】 患者本人 代理人（配偶者・父母・子・兄弟姉妹） 患者本人と家族

※代理人のみの場合は、患者本人からの同意書が必要となります。

患者情報	(ふりがな)		生年月日	(年齢 歳)
	氏名	(男・女)		年 月 日
	現住所	〒 - 必ず連絡のとれる 電話番号 () - FAX () -		
	当院への受診歴	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※ある場合は診察券番号 ID: -		

※代理人のみで受診する場合はご記入ください。

代理人情報	(ふりがな)		患者様との続柄
	氏名	(男・女)	
	現住所	〒 - 必ず連絡のとれる 電話番号 () - FAX () -	

希望診療科	希望担当医診療科	【診療科】	【担当医師名】
	希望日	第一希望 年 月 日 (曜日)	第三希望 年 月 日 (曜日)
		第二希望 年 月 日 (曜日)	第四希望 年 月 日 (曜日)

※希望日は複数記載して下さい。調整後、まずはお電話にて連絡いたします。

【現在受診中の医療機関】

病(医)院名		診療科	
医師名		連絡先	電話 () -

【相談目的】 (診断 検査結果 治療方針 手術適応 手術方法等)

【具体的内容】 (下記のとおり 別紙診療情報提供書のとおり)

病名:
相談内容:

【名古屋医療センターから、日程調整や日時決定等の連絡をする際の希望連絡先】

患者本人 代理人 現在受診中の医療機関 その他 ()

●名古屋医療センター FAX番号 052-951-1207