

(様式12)

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	〒 - 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	〒 - 電話番号 () - FAX () -		

希望診療科	診療科及び担当医	【診療科】	【担当医師】
	希望日	<input type="checkbox"/> 病院の指定する日時で可 <input type="checkbox"/> 第1希望： 月 日 (曜日) 第2希望： 月 日 (曜日) ※希望日ご記入頂いた場合でも、必ずしもご希望に添えない場合があります。	

【日程調整や日時決定等の連絡をする際の希望連絡先】

<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 現在受診中の医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()

【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 () -

【相談内容】

病名：
相談内容： <input type="checkbox"/> 下記のとおり <input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書のとおり