

豊川市民病院 セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日

ふりがな		生年 月日	明治 大正 昭和 平成 令和
患者氏名	(男 女)		年 月 日
ご住所 連絡先	〒 電話 — —		
外来に出席 する相談者	<input type="checkbox"/> 患者本人 または 患者本人と家族等 <input type="checkbox"/> 家族等のみ ……下の太線内もご記入ください		



【注意】 1この欄は、セカンドオピニオン外来へ患者さん本人が出席しない場合に記載してください。
 2相談者が複数いる場合、代表の方をご記入ください。
 3代理でセカンドオピニオン外来を受診できる方は、「セカンドオピニオン外来代理受診同意書」(別紙)に記載された方に限ります。また、その同意書は、セカンドオピニオン外来の当日、当院に提出していただく必要があります。

ふりがな		患者さん との関係	
相談者 氏名			
ご住所 連絡先	〒 電話 — —		

●相談内容等

病名	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 肺がん 手術の内容や方法に関する相談を含む場合はチェックしてください→ <input type="checkbox"/>
具体的な 相談内容	
予約希望日	都合の悪い日・時間などがある場合は、必ずご記入ください。

●受診中の医療機関 (紹介状の作成をお願いします。検査結果や画像データも必ず添付してください。)

医療機関名	
診療科・担当医師	
連絡先	電 話 — — (内線や部署名) F A X — — ※他院の予約手続きを専門に行う部署がある場合は、その連絡先をご記入ください。