名古屋第二赤十字病院セカンドオピニオン外来申込書

（様式1）　　令和　　年　　月　　日

フリガナ			性 別	生年月日	M・T・S・H・R 年　月　日 （年齢　　歳）
患者さまの氏名			（男・女）		
患者さまの現住所	〒　　－ TEL　　－　　－　　FAX　　－　　－				
当院受診の有無	有 ・ 無	当院患者番号		－	※有の場合記載ください。

フリガナ			性 別	患者さまとの続柄	
代理人の氏名	（本人の場合記入不要）		（男・女）		
代理人の現住所	〒　　－ TEL　　－　　－　　FAX　　－　　－				

疾患名	1.	
	2.	
	3.	
相談目的	診断 ・ 検査結果 ・ 治療方針 ・ 手術適応 ・ 手術方法 ・ その他（　　）	
相談内容（具体的に記入ください）		
持参できる資料	1. 診療情報提供書（必須） 2. レントゲン、CT、MR等画像資料 3. 血液、生体、病理等検査資料	4. 心電図、超音波検査等資料 5. その他 （　　）
現在受診中の医療機関	病院（診療所）名：	
	診療科：	医師名：
	連絡先：TEL　　ー　　ー　　FAX　　ー　　ー	
	1. 入院中　　2. 通院中　　3. 在宅療養中	
相談希望日時	①令和　　年　　月　　日（　　）　　時	②令和　　年　　月　　日（　　）　　時

※以下病院使用欄

受付年月日	令和　　年　　月　　日（　　）		
診療科	科	医師名：	
相談日時	令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分	場所	
備　考			

新患FAX　　オーダ入力　　案内FAXor郵送　　外来FAX　　Drメール

名古屋第二赤十字病院　地域医療連携室：FAX052－832－5389