

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 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
患者さまの氏名			(男・女)		年 月 日
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			※有の場合記載下さい

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) 4. 心電図、超音波検査等資料 2. レントゲン、CT、MR等画像資料 5. その他 3. 血液、生体、病理等検査資料 ()
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 - - FAX - -
	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

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院

患者支援センター 地域医療連携室:FAX052-832-5389