

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	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (年齢 歳)
患者氏名			男・女		

当院受診の有無	有(診察券番号)・無				
患者連絡先	〒 -				
	TEL	-	-	FAX	- -

フリガナ			性別	患者さまとの続柄
相談者氏名	<small>(本人の場合記入不要)</small>		男・女	

相談者連絡先	〒 -				
	TEL	-	-	FAX	- -

患者様(本人)来院予定	あり・なし (なしの場合 同意書(様式3) が必要です)				
-------------	-------------------------------------	--	--	--	--

予約日の日程調整は、八事日赤が 患者さんで行う 医療機関で行う いずれかに✓をお願いします。

病名					
相談形式	対面形式 ・ オンライン形式 <small>※オンライン形式は料金・条件等が対面形式と異なります。必ず当院HPで確認後お申し込みください。</small>				
相談内容 (具体的に記入ください)					
提供できる資料	診療情報提供書(必須) 画像データ 検査結果 その他() CD-Rの返送を希望する(オンライン形式) <input type="checkbox"/> <small>※CD-Rは取り込み後破棄いたします。返送希望の方は上記ボックスにチェックを入れてください。</small>				
現在受診中の 医療機関	病院(診療所)名:				
	診療科:			医師名:	
	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 FAX : 052-832-5389