

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 (年齢 歳)
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( )
相談形式	対面形式・オンライン形式 ※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にて確認後お申し込み下さい。
相談内容 (具体的に記入ください)	
提供できる資料	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 ( ) ● CD-Rの返送を希望する(オンライン形式) □ ※頂いた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下さい。
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