

(様式12)

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター
セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日

【相談者】 患者本人 代理人（配偶者・父母・子・兄弟姉妹） 患者本人と家族
※代理人のみの場合は、患者本人からの同意書が必要となります。

| | | | | |
|------|---------|---|------|-----------------|
| 患者情報 | ふりがな | | 生年月日 | (年齢 歳) 年 月 日 |
| | 氏名 | (男・女) | | |
| | 現住所 | 〒 - 電話番号 () - FAX () - | | |
| | 当院への受診歴 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※ある場合は診察券番号 ID: - | | |

※代理人のみで受診する場合はご記入ください。

| | | | | |
|-------|------|-----------------------------|---------|--|
| 代理人情報 | ふりがな | | 患者様との続柄 | |
| | 氏名 | (男・女) | | |
| | 現住所 | 〒 - 電話番号 () - FAX () - | | |

| | | | |
|-------|----------|---|--------|
| 希望診療科 | 診療科及び担当医 | 【診療科】 | 【担当医師】 |
| | 希望日 | <input type="checkbox"/> 病院の指定する日時で可 <input type="checkbox"/> 第1希望： 月 日 (曜日) 第2希望： 月 日 (曜日) ※希望日ご記入頂いた場合でも、必ずしもご希望に添えない場合があります。 | |

【日程調整や日時決定等の連絡をする際の希望連絡先】

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 現在受診中の医療機関 <input type="checkbox"/> その他 () |
|---|

【現在受診中の医療機関】

| | | | |
|--------|--|-----|----------|
| 病(医)院名 | | 診療科 | |
| 医師名 | | 連絡先 | 電話 () - |

【相談内容】

| |
|--|
| 病名： |
| 相談内容： <input type="checkbox"/> 下記のとおり <input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書のとおり |
| |
| |