

国家公務員共済組合連合会東海病院 セカンドオピニオン外来申込書

申込日 年 月 日

○相談者 患者様ご本人 ・ 患者様ご本人とご家族 ・ ご家族

※ご家族の場合は、患者様ご本人の同意書が必要となります。

(ふりがな) 患者様の 氏名・性別	(男・女)	患者様の 生年月日	(年齢 歳) 年 月 日
患者様の 連絡先	〒 - 電話() - FAX() -		
当院への 受診歴	ある・ない (ある場合は右欄にご記入下さい)	患者番号	- -

※患者様ご本人が相談される場合は相談者欄の記入は不要です。

(ふりがな) 相談者の 氏名・性別	(男・女)	相談者の 生年月日 続柄	(続柄) 年 月 日
相談者の 連絡先	〒 - 電話() - 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・手術方法等)		
相談内容	(できるだけ詳しくご記入下さい) ----- ----- -----		
持参できる 資料	1. 診療情報提供書(紹介状) 2. 血液検査記録 3. レントゲンフィルム 4. 生理学検査の結果(心電図・呼吸機能・脳波など) 5. 超音波検査の結果と画像 6. CT・MRI検査などのフィルム 7. 病理検査報告書 8. その他()		
現在の状況	1. 入院中(入院日 年 月 日) 2. 通院中 3. 自宅療養中		
現在受診中 の病(医)院に ついて	病(医)院名		
	診療科	医師名	
	連絡先 〒 - 電話() - FAX() -		

※希望日時は複数または期間で記入して下さい。実施日決定後、通知いたします。

希望日時	月 日() ~	月 日() ~	月 日() ~	月 日() ~
希望担当医	診療科	医師名		

※以下、記入しないで下さい。

病院使用欄	受付日	年 月 日(担当者)	相談日時	年 月 日() 時
	連絡日	年 月 日(担当者)		