

名古屋第一赤十字病院セカンドオピニオン外来申込書

太枠内をご記入ください。

フリガナ		男・女	申込日	年	月	日
患者さん氏名			生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)		
名古屋第一赤十字病院の受診歴		あり(診察券番号:)・なし				
患者さん連絡先	〒					
	電話番号() —					
	携帯番号() —					

※ご本人が相談に来られる場合は、記入不要です。

フリガナ	男・女	患者さんとの続柄
相談者氏名		
相談者連絡先	〒	
	電話番号() —	
	携帯番号() —	

※できる限り詳しくご記入ください。

現在の状況	入院中 ・ 通院中 ・ その他()	
現在の主治医	医療機関名: 診療科: 担当医:	
病名	□別紙診療情報提供書参照	
持参資料	診療情報提供書 ・ 検査データ ・ レントゲンフィルム ・ CD-R ・ プレパレート	
相談内容		
相談希望日	第1希望 令和 年 月 日	ご都合の悪い日があればお書きください。
	第2希望 令和 年 月 日	
	□いつでもよい	
回答書送付先	受診中の医療機関のFAX番号:() —	

当院使用欄(記入しないでください)	
相談日時	令和 年 月 日 : ~
診察券番号	

患者相談支援センター／がん相談支援センター
TEL 052-485-3503(直通) FAX 052-485-3504(直通)