

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 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。

		申込日		年	月	日
フリガナ		男・女		大正・昭和・平成・令和		
患者さん氏名			生年月日	年	月	日(歳)
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院の受診歴			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		
相談者氏名			患者さんとの続柄	
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	<input type="checkbox"/> 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				
	<input type="checkbox"/> 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)