

セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

(宛先)
日本赤十字社愛知医療センター
名古屋第一病院

【 FAX 052-481-5263 】

(紹介元)
所在地
医療機関名

医師氏名 ④

【希望診療科】

担当部署名 担当者名

【希望医師】 先生

TEL FAX

来院希望日：第一希望	令和	年	月	日 ()	
第二希望	令和	年	月	日 ()	
第三希望	令和	年	月	日 ()	☐ いつでもよい

フリガナ 患者氏名	男 M・T ・ S・H・R 年 月 日 生 女 [旧姓] (歳)
住 所	
電話番号 () -	当院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)
相談者 (ご本人が来られる場合は記載不要です)	フリガナ 相談者氏名 男 M・T 女 S・H・R 年 月 日 生 住所 電話番号 () - 患者さんとの続柄
傷 病 名	※別紙診療情報提供書を添付ください。
相 談 内 容	

※本紙のみでは申込みはできません。必ず、診療情報提供書を添付のうえ、お申し込みください。
※ご家族のみ来院される場合は、来院当日に「セカンドオピニオン外来同意書（捺印必須です）」、
来院ご家族の方の身分証明証（保険証・運転免許証等）が必要となります。
※予約日時の回答に4営業日（土・日・祝日5月1日を含めず）ほどお時間を要します。
予めご了承ください。
※予約日決定後、診療情報提供書、添付資料（検査データ、心電図、レントゲン、CT・MRI等）
は、予約年月日の2営業日前（土・日・祝日5月1日を含めず）までに当院・地域医療連携室に
到着するようご郵送ください。