

名古屋セントラル病院セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日

※ご家族が相談される場合は、患者さんご本人の同意書が必要となります。

(ふりがな)		生年月日	(年齢 歳)
患者さんの氏名	(男・女)		年 月 日
患者さんの現住所	電話() - FAX() -		
当院での受診歴	ある・ない(ある場合は右記に診察券番号をご記入ください)	診察券番号	

※患者さん本人が相談される場合は、代理人欄の記入は不要です。

(ふりがな)		患者さんとの続柄
代理人の氏名	(男・女)	
代理人の現住所	電話() - FAX() -	

※以下にご記入いただいた内容をもとに医師と調整いたしますので、できるだけ詳しくご記入ください。

疾患名	1.	
	2.	
	3.	
相談内容	(ご自由にお書きください。ただし、過去の医療に関する事項で主治医等に対する不満、転医希望や裁判関係などに関わる事項はご遠慮ください。別紙でも結構です。)	
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 → 下記に病院名等をご記入ください。 2. 通院中 → 下記に病院名等をご記入ください。 3. 自宅療養中	
現在受診されている病(医)院について	病(医)院名	
	診療科	医師名
	連絡先	電話() - FAX() -

病院使用欄(記入しないでください)

受付年月日	ID
相談決定日時	

※このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、名古屋セントラル病院に送られています。

もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですがその旨を送信者(患者さん)あてにお知らせくださるようお願いいたします。

名古屋セントラル病院 FAX052-452-3182