

愛知医科大学病院 がんセカンドオピニオン外来申込書

(様式1)

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院の「がんセカンドオピニオン外来相談」を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 印

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (年齢 歳)
患者さんの氏名		(男・女)		
患者さんの現住所	〒 -			電話 () - 携帯 () - FAX () -
当院への受診歴	有 ・ 無	登録番号		

※本人が相談される場合は、代理人欄の記入は不要です。

フリガナ		性別	続柄	
代理人の氏名		(男・女)		
代理人の現住所	〒 -			電話 () - 携帯 () - FAX () -

疾患名		※別添のがんセカンドオピニオン外来対象疾患一覧表からお選びください
希望診療科		
相談目的	診断・検査結果・治療方針・手術適応・手術方法・その他 ()	
相談内容 (具体的に お書きく ださい)		
持参できる資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状) <input type="checkbox"/> 血液検査記録 <input type="checkbox"/> 心電図、超音波検査等資料 <input type="checkbox"/> レントゲン、CT、MRI等画像資料 <input type="checkbox"/> 病理検査報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在受診中の医療機関	医療機関名:	
	診療科:	医師名:
	連絡先:TEL () -	FAX () -
	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 在宅療養中	

病院使用欄 (記入しないで下さい)			
受付年月日	平成 年 月 日 ()	登録番号	
担当診療科		医師名	
相談予約日時	平成 年 月 日 () :	相談時間	: ~ :
相談者の方への連絡: 平成 年 月 日 () 連絡 担当者名:			