

国立病院機構函館病院 セカンドオピニオン外来申込書

電話 受付日		受付 担当		申込書 受付日		受付 担当	
-----------	--	----------	--	------------	--	----------	--

太枠内をご記入の上、0120-750766へFAX、または返信封筒でお申し込みください。

患者様のお名前	ふりがな	患者様の生年月日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成 年 月 日		
相談される方のお名前	ふりがな	患者様との続柄			
相談される方のご連絡先	自宅 電話番号		携帯 電話番号		
相談される方のご住所	〒 ー				

1. 患者様の現在の状況について○で囲んでください。 入院中 ・ 通院中

2. 入院中または通院中の病院と診療科を記入してください。

病院名 診療科名 科

3. 病名について記入してください。

病 名

4. 相談したい内容について○で囲んでください。

A. 診断や治療方針が妥当かどうかを確かめたい。

B. 他の治療法の可能性を知りたい。

C. どのような病気なのか病気について説明してほしい。

D. その他(具体的に)

5. 当院からの連絡に際し、ご希望があれば記入してください。

病院記入欄 連携室 → 統括診療部長 → 担当医師 → 連携室

担当科		担当医師氏名		
必要資料 ○で囲む	紹介状 ・ 画像診断資料(頭/胸/腹/他[]) ・ 血液生化学検査結果 病理検査結果 ・ 病理標本 ・ 内視鏡検査結果 ・ その他()			
予約日	平成 年 月 日()	予約時間	午前・午後	時 分