

「セカンドオピニオン外来」申込書

* 太線枠内をご記入下さい

申込日：平成 年 月 日

患者さま	ふりがな	男	生年月日			
	氏名	女	明・大・昭・平 年 月 日 ()歳			
	住所〒	—	電話		()	
			FAX		()	
ご相談者	ふりがな	男	患者様との続柄			
	氏名	女				
	住所〒	—	電話		()	
				FAX		()
セカンドオピニオン外来を受けることを、患者様本人は同意していますか。					はい いいえ	
注)ご相談者のみが来院される場合は、患者様の「同意書」が必要となります。						
お持ちの診療経過の分かる資料		有	紹介状・X線フィルム・検査結果等・その他()			
		無				
希望する診療科		整形外科 ・ 外科 ・ 産婦人科 ・ 脳神経外科				
ご相談内容						
患者さまの 現況	1 入院中 (病院名等)					
	2 通院中 (病院名等)					
	3 自宅療養等					
セカンドオピニオン外来希望日		① 平成 年 月 日 午後 時 分		② 平成 年 月 日 午後 時 分		

NO.	申込者への連絡	済	未	受付担当者名		
セカンドオピニオン外来決定日	平成 年 月 日	午後 時 分				
セカンドオピニオン担当医師	診療科名	科	医師名			

独立行政法人国立病院機構 甲府病院 地域医療連携室
電 話 055-253-6131(代表)

専用FAX 055-240-6225