

「セカンドオピニオン外来」申込書

記入例

* 太線枠内をご記入下さい

申込日 : 平成19年 4月 1日

患者さま	ふりがな こうふ はなこ (男)	生年月日	
	氏名 甲 府 花 子 女	明・大・ 昭 平 〇〇 年 〇 月 〇 日 (〇〇)歳	
	住所 〒 400 - 8533 山梨県甲府市天神町11-35	電話 055 (253) 6131 FAX 055 (240) 6225	
ご相談者	ふりがな こうふ たろう 男	患者様との続柄	
	氏名 甲 府 太 郎 (女)	夫	
	住所 〒 400 - 8533 山梨県甲府市天神町11-35	電話 055 (253) 6131 FAX 055 (240) 6225	
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。 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。			はい いいえ
お持ちの診療経過の分かる資料		有 <input type="checkbox"/> 紹介状・X線フィルム・検査結果等・その他() 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
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	現在、妻が〇〇病で入院しているが、他に治療法がないのか話を聞きたい。		
患者さまの現状	1 入院中 (病院名等 〇〇病で△△△病院) 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 19 年 5 月 14 日 午後 3 時 00 分 ② 平成 19 年 5 月 21 日 午後 4 時 00 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