

## 南町田病院セカンドオピニオン外来 申込書

|                                      |                                                                             |                                 |        |                            |   |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------|----------------------------|---|
| 患者                                   | 受診歴                                                                         | 当院に受診したことはありますか？ なし ・ あり (診察券番号 |        |                            |   |
|                                      | ふりがな<br>氏名                                                                  |                                 | 男<br>女 | 明・大・昭・平<br>年 月 日 生         | 歳 |
|                                      | 住所                                                                          | 〒 TEL                           |        |                            |   |
| 相談者                                  | ふりがな<br>氏名                                                                  |                                 | 患者との続柄 | 第一連絡先[自宅・携帯・その他( )]<br>TEL |   |
|                                      | 住所                                                                          | 〒                               |        | 第二連絡先[自宅・携帯・その他( )]<br>TEL |   |
|                                      |                                                                             |                                 |        | FAX番号[ なし ・ あり ]           |   |
|                                      |                                                                             |                                 |        | FAX                        |   |
| 病名                                   |                                                                             |                                 |        |                            |   |
| 相談の目的                                |                                                                             |                                 |        |                            |   |
| 今までの経過                               |                                                                             |                                 |        |                            |   |
| 現在の状況                                |                                                                             |                                 |        |                            |   |
| 受診している<br>医療機関                       | 病院名: _____<br>診療科: _____ 科 主治医: _____ 先生                                    |                                 |        |                            |   |
| 資 料                                  | 手元にある / これから準備( 月 日までに手元に揃う予定)                                              |                                 |        |                            |   |
|                                      | 紹介状 (南町田病院 _____ 科 _____ 先生あて)<br>画 像 (フィルム・CD-ROM) / プレパラート(組織標本) / その他( ) |                                 |        |                            |   |
| 相談日<br>〔 月～金曜日<br>9時～16時<br>※休診日は除く〕 | ご都合の悪い日はありますか？ なし ・ あり → <u>ご都合の悪い日・時間</u> をお知らせ下さい。                        |                                 |        |                            |   |
| 相談日<br>同席者                           | 1.患者本人のみ 2.患者本人、家族( )<br>3.成年患者家族のみ( )【同意書必須】 4.未成年患者家族のみ【同意書不要】            |                                 |        |                            |   |

「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を了承した上で、以上のとおり申し込みます。

平成 年 月 日 相談者氏名 \_\_\_\_\_ 印