

セカンドオピニオン外来申込書

※ 太線の中をご記入ください	No.	申込日：平成 年 月 日
患者様	ふりがな 男 氏名 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ()歳
	住所 〒 電話 ()	
相談者	ふりがな 男 氏名 女	患者との続柄
	住所 〒 電話 ()	
患者様は自分の病名を知っていますか		知っている 知らない
セカンドオピニオン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
※ 患者様が同意している場合で、相談者のみが来院される場合は、「同意書」が必要となります。また、病状等により同意を得ることが困難な場合は、患者様と相談者のご関係を証明する書類が必要になります。		
診療経過のわかる資料(レントゲンフィルム、検査結果等)の有無		有 無
有の場合の資料	紹介状 レントゲンフィルム 検査結果 その他()	
希望する診療科	科	
ご相談の目的		
患者様の現在の状態	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 午前 時 分	
	② 平成 年 月 日 午前 時 分	

セカンドオピニオン外来決定日	① 平成 年 月 日 午前・午後 時		
セカンドオピニオン担当医師	診療科	科	氏名
申込者への連絡	済 未		

独立行政法人国立病院機構
横浜医療センター地域医療連携室
Fax 045-853-8356