

# 「セカンドオピニオン外来」 申込書

※太線枠内をご記入ください

申込日：令和 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	患者さまとの続柄		
	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、患者さま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、患者さまの「同意書」が必要となります。					
お持ちの診療経過のわかる資料		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		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 令和 年 月 日 午後 時 分			
		② 令和 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		令和 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 0 5 5 - 2 5 3 - 6 1 3 1 (代表)

専用FAX 0 5 5 - 2 4 0 - 6 2 2 5