

「セカンドオピニオン外来」 申込書

記入例

※太線枠内をご記入ください

申込日：令和 1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 ○○年 ○月○○日 (○○) 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	患者さまとの続柄
	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、患者さま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、患者さまの「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	現在、妻が○○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 現況	1 入院中 (病院名等 ○○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 令和 1年 5月 10日 午後 3時 00分 ② 令和 1年 5月 15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		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 055-253-6131 (代表)

専用FAX 055-240-6225