

# 名古屋第一赤十字病院セカンドオピニオン外来申込書

太枠内をご記入ください。

フリガナ		男・女		申込日	年	月	日
患者さん氏名				生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)		
名古屋第一赤十字病院の受診歴		あり(診察券番号: )・なし					
患者さん連絡先		〒					
		電話番号( )		—		—	
		携帯番号( )		—		—	

※ご本人が相談に来られる場合は、記入不要です。

フリガナ		男・女		患者さんとの続柄	
相談者氏名					
相談者連絡先		〒			
		電話番号( )		— —	
		携帯番号( )		— —	

※できる限り詳しくご記入ください。

現在の状況	入院中 ・ 通院中 ・ その他( )					
現在の主治医	医療機関名: 診療科: 担当医:					
病名	□別紙診療情報提供書参照					
持参資料	診療情報提供書 ・ 検査データ ・ レントゲンフィルム ・ CD-R ・ プレパレート					
相談内容						
相談希望日時	第1希望	平成	年	月	日	ご都合の悪い日があればお書きください。
	第2希望	平成	年	月	日	
	□いつでもよい					

当院使用欄(記入しないでください)	
相談日時	平成 年 月 日 : ~
診察券番号	

患者相談支援センター／がん相談支援センター  
TEL 052-485-3503(直通) FAX 052-485-3504(直通)