

市立函館病院セカンドオピニオン外来申込書

電話 受付日		申込書 受付日	
-----------	--	------------	--

太枠内をご記入ください。

患者様のご氏名	ふりがな	ふりがな	明・大・昭・平
		患者様の 生年月日	年 月 日
ご相談者 のご氏名	ふりがな	患者様との 続柄	
患者様のご連絡先		ご相談者ご 連絡先	
患者様のご住所		ご相談者の ご住所	

1. 患者様の現在の状況について○で囲んでください。 入院中 ・ 通院中

2. 入院中または通院中の病院と診療科を記入してください。

病院名  診療科

3. 病名について記入してください。

病 名

4. 相談したい内容について○で囲んでください。

A.診断や治療方針が妥当かどうか確かめたい

B.他の治療法の可能性を知りたい

C.その他

5. 何かご希望があればご記入してください。

病院記入欄

担当科		担当医師名	
持参資料	紹介状・血液生化学検査・画像診断資料[頭/胸/腹/他( )]・病理検査結果 内視鏡検査結果・その他( )		
予約日	年 月 日	予約時間	午前・午後 時 分

|