

セカンドオピニオン外来申込書

愛知県厚生農業協同組合連合会 稲沢厚生病院 申込日 年 月 日

フリガナ				男・女	生年月日	年	月	日
患者氏名								
厚生連 稲沢厚生病院 受診歴の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有			診察券番号				
患者連絡先	〒 -							
	電話 ① - -				電話 ② - -			
	電話 ③ - -				FAX - -			
フリガナ				男・女	才	続柄		
相談者氏名								
相談者連絡先	〒 -							
	電話 ① - -				電話 ② - -			
	電話 ③ - -				FAX - -			
希望時期	<input type="checkbox"/> 数日以内 <input type="checkbox"/> 1週間～2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> その他()							
都合が悪い日								
(1) 患者様の現在の状況(いずれかレ点を入れてください) <input type="checkbox"/> 入院中 ・ <input type="checkbox"/> 通院中 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()								
(2) 入院中(入院した)または通院中(通院した)の医療機関及び診療科名 病(医)院名 診療科名								
(3) 病名								
(4) 当日持参される資料(持参される資料にレ点を入れてください) <input type="checkbox"/> CD-R ・ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム ・ <input type="checkbox"/> 検査結果 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()								
(5) 医師に相談される内容								
※ は申込時には記載不要です。								
※ 診療科	科			※ 担当医師	医師			
※ 相談日時	年	月	日 ()	時	分 ()	分前までにご来院ください)		

1) 患者様ご本人が受診される場合は、相談者様の欄(相談者氏名・相談者の連絡先)は空欄で結構です。

2) 電話番号欄につきましては、必ず連絡のとれる電話をご記入ください。(複数ある場合は複数ご記入ください。)