

## 旭ろうさい病院 セカンドオピニオン外来申込書

記入日： 年 月 日

フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名			生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日
住所	〒 - T E L - - F A X - -			
旭ろうさい病院の受診歴の有無			ある ・ ない ・ 不明	
ある方は診察券に記載のID番号をご記入ください			ID番号：	

疾患名	※ 分かる範囲でご記入ください。	
相談内容	※ 医師に聞きたいことをご記入ください。	
持参できる 資料	① 紹介状（診療情報提供書）      ② レントゲン・ＣＴ・ＭＲＩ等画像資料 ③ 血液・生体・病理等検査資料    ④ 心電図・超音波検査等资料 ⑤ その他 （                          ） ※ 主治医・現在受診中の医療機関に確認の上、ご記入ください。	
現在受診中 の医療機関	医療機関名：	
	診療科：	医師名：
	① 入院中                      ② 通院中                      ③ 在宅療養中	
相談希望日	① 令和         年         月         日 午前 ・ 午後	② 令和         年         月         日 午前 ・ 午後
	※ 希望日に対応できることを確約するものではありませんので、あらかじめご了承ください。	

※ セカンドオピニオンを受けられる方がご本人の場合は、以下代理人欄の記載は不要です。

フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
代理人氏名			患者さんから みた続柄	
住所	〒 -			
	TEL - -		FAX - -	

※ 以下病院記入欄

受付年月日	令和      年      月      日	受付者
診療科	担当医	
相談日時	令和      年      月      日      時      分	
備考		

旭ろうさい病院 地域医療連携室

TEL : 0561-53-6196 (直通)

FAX : 0561-53-8459 (直通)