

国立病院機構千葉医療センター千葉東病院 地域医療連携室 あて

FAX 043-264-3531

セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意のうえ次の通り貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

申込日 令和 年 月 日

フリガナ	
患者さまのお名前	様 〈男 ・ 女〉
生年月日	年 月 日 〈 歳〉
患者さまのご住所	〒
フリガナ	
相談者のお名前	様 続柄〈 〉
電話又は携帯番号	必ず連絡ができる電話、携帯番号を記入して下さい。 1. 2.
希望日〈3日記入〉 日程調整後に上記電話 にご連絡いたします。	1. 月 日 時 2. 月 日 時 3. 月 日 時
患者さまの疾患名	(希望診療科)
これまでの 治療経過	
患者さまの 現在の状況	☐ 入院中 ☐ 通院中 ☐ 在宅 病名: ☐ 知っている ☐ 知らない ☐ 再発・転移は知らない 歩行: ☐ 一人で歩ける ☐ 歩けない 食事: ☐ 普通に食べられる ☐ 少し食べられる ☐ 食べられない
ご相談内容 〈具体的にご記入をお 願います。〉	
ご持参できるもの は□の中にVをお 願います。	☐ 診療情報提供書 ☐ レントゲンフィルム ☐ 検査結果 ☐ カルテ〈写〉 ☐ その他〈 〉
現在の入院先・通 院先医療機関名 〈お判りになる範囲で 結構です。〉	医療機関名 主治医名 診療科名 住所 電話番号

※当外来は、診察、検査等はいりませんのでご注意ください。