

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 043-264-3356

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。<br>1. 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 希望日〈3日記入〉<br>日程調整後に上記電話<br>にご連絡いたします。       | 1. 月 日 時<br>2. 月 日 時<br>3. 月 日 時                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 患者さまの疾患名                                    | (希望診療科 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| これまでの<br>治療経過                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 患者さまの<br>現在の状況                              | <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 在宅<br>病名: <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 再発・転移は知らない<br>歩行: <input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 歩けない<br>食事: <input type="checkbox"/> 普通に食べられる <input type="checkbox"/> 少し食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない |
| ご相談内容<br>〈具体的にご記入をお<br>願います。〉               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ご持参できるもの<br>は□の中に✓をお<br>願います。               | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム<br><input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> カルテ〈写〉<br><input type="checkbox"/> その他〈 〉                                                                                                                                                                                                      |
| 現在の入院先・通<br>院先医療機関名<br>〈お判りになる範囲で<br>結構です。〉 | 医療機関名<br>主治医名 診療科名<br>住所<br>電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

※当外来は、診察、検査等はい行いませんのでご注意願います。