

セカンドオピニオン外来申込書

				申込日 年 月 日			
フリガナ		男・女	生年 月 日	大・昭・平・令・西 暦 年 月 日			
患者氏名							
名古屋市立大学病院の受診歴有無		有（診察券番号 ） ・ 無					
患者連絡先	〒 —						
	電話 — —		国籍		対応言語	母国語	
	電話 — —						
フリガナ		男・女	生年 月 日	大・昭・平・令・西 暦 年 月 日			
相談者氏名	(患者との続柄)						
名古屋市立大学病院の受診歴有無		有（診察券番号 ） ・ 無					
相談者連絡先	〒 —						
	電話 — —		国籍		対応言語	母国語	
	電話 — —						
患者（本人）受診予定		あり ・ なし					
当日来院予定人数		人（患者との続柄： ） ※患者本人を含む					
(1) 患者さんの現在の状況（いずれか○で囲んでください） 入院中 ・ 通院中 ・ 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 (3) 病名 (4) 当日持参される資料（持参される資料を○で囲んでください） 画像データ・検査結果・その他（ ） (5) 医師に相談される内容							
(以下、職員記載)							
予約日		予約時間		診療科		受付者	

※ 患者さんご本人が受診される場合は、相談者さんの欄は空欄で結構です。

※ 電話番号欄につきましては、必ず連絡のとれる番号を2つご記入ください。