セカンドオピニオン外来申込書

			申込日　　年　月　日	
ﾌﾘｶﾞﾅ 患者氏名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日
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　－　－	電話　－　－		
	電話　－　－	ＦＡＸ　－　－		
ﾌﾘｶﾞﾅ 相談者氏名	（患者との続柄　　）	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日
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　－　－	電話　－　－		
	電話　－　－	ＦＡＸ　－　－		
患者（本人）来院予定	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）　患者様の現在の状況（いずれか〇で囲んでください）
　　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（持参される資料を〇で囲んでください）
　　画像データ・検査結果・その他（　　）

（５）　医師に相談される内容

申込書受付日		受付者		電話連絡日		受付者	

※　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。

※　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。）