

## オンライン・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 曆 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 曆 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						
<p>(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（ ）</p> <p>(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</p> <p>(3) 病名</p> <p>(4) 医師に相談される内容</p>								
（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。