

## 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	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
患者氏名				男・女	生年 月日	明治・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 — —			F A X — —					
フリガナ				男・女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
相談者氏名	（患者との続柄）			男・女	生年 月日	明治・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 — —			F A X — —					
<p>(1) 患者様の現在の状況（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) 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） レントゲンフィルム・検査結果・その他（ ）</p> <p>(5) 医師に相談される内容</p>									
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。）