

セカンドオピニオン外来申込書

			申込日			月	日
フリガナ			男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成		
患者氏名					年 月 日		
国立長寿医療研究センターの 受診歴の有無			有（診察券番号 _____）・ 無				
患者連絡先	〒 _____						
	電話 _____			電話 _____			
	電話 _____			FAX _____			
フリガナ			男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成		
相談者氏名	（患者との続柄 _____）				年 月 日		
国立長寿医療研究センターの 受診歴の有無			有（診察券番号 _____）・ 無				
相談者連絡先	〒 _____						
	電話 _____			電話 _____			
	電話 _____			FAX _____			
<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。）