

セカンドオピニオン外来 申込書

国立病院機構 岩手病院

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

患者氏名・性別		(ふりがな:) (男・女)	
生年月日・年齢		(大正・昭和・平成) 年 月 日生(歳)	
ご住所		〒	
ご相談者の続柄		()ご本人 ()ご家族 (続柄)	
ご相談者の連絡先		TEL:	
		FAX:	
		Eメール: @	
ご相談の具体的な内容			
ご持参する資料 (持参資料に○をつけてください。)		() 診療情報提供書	
		() 血液検査記録	
		() 生理学的検査結果(心電図・呼吸機能・脳波など)	
		() レントゲンフィルム	
		() 超音波検査の結果と画像	
		() CT・MRI検査などのフィルム	
		() 病理検査報告	
		() 相談同意書	
現在の状況		1. 入院中 2. 通院中	
		3. 治療前 4. 治療中	
これまでの経過	いつ、なんと診断されましたか		
	これまでに受けた検査		
	これまでに受けた治療		
主治医の医療機関とお名前		医療機関名	医師名
以下病院記入			
セカンドオピニオン受け入れ診療科及び医師名		診療科名	医師名
相談予定日日時		平成 年 月 日() 午前・午後 時 分から	