

セカンドオピニオン外来申込書 兼 問診票

独立行政法人国立病院機構 大阪刀根山医療センター 地域ネットワークセンター 行

FAX 06 - 6844 - 8778

※個人のプライバシーをお書きいただきます。FAXで送信されるときは、送信前にFAX番号を確認してください。

フリガナ				生	明・大・昭・平			男・女
患者氏名				年	月	日		
				月	(歳)			
住所	〒							
連絡先	TEL				FAX			
当院「診察券(IDカード)」		有・無		有の場合:ID番号		:		:

当院セカンドオピニオン外来を受診される目的は何ですか。(できるだけ具体的にお書きください。)

病名の診断・検査結果の説明・治療の必要性(入院・外来)・日常生活の注意事項・その他()

現在の症状について、できるだけ詳しくお書きください。

現在受診されている病(医)院名・診療科・医師名をお書きください。

病(医)院名		診療科		医師名	
--------	--	-----	--	-----	--

病名・症状について、どのような説明を受けましたか(できるだけ詳しくお書きください。)

当院以外でセカンドオピニオンをお聞きになった病(医)院があればお書きください。

病(医)院名		診療科		医師名	
--------	--	-----	--	-----	--

病名・症状について、どのような説明を受けましたか(できるだけ詳しくお書きください。)

ご都合の悪い日時がありましたらご記入ください。