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

生 明・大・昭・平・令

※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

患者氏名				月日		年 (月	日 歳)	<u> </u>	男・女	
住 所	干			1 * * 1				////	ı		
連絡先	TEL				FAX	K					
当院「診察券(IDカード)		有 •	無有の)場合:II)番号					
以内央 1-1-1-1 10 1	L101 ×	りまする	<u></u>	1 44 > 1. /	·~)	(かす 白 ロ 				
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()											
7/1/ロマノ11夕 Y *********************************	1大.旦.加力	トマン的にひまって口	//乐 V / 化//		<u> </u>	中市生	1日77任	心乎识	こ マノ 1匹(
現在の症状に	ついて、	できるだけ言	羊しくお書	書きくださ	٧٧°						
		() ·		- 1		224					
現在受診されて		(医)院名•詞	診療科・图	1	1	ださい。	I	F 47	<i>h</i>		
病(医)院名		200 L > 1. =3/1	nn ナ 云 い		療科	.v).1.≃V: 1		医師			
病名・症状につ	ついて、と	どのような説	明を受け	ましたか	いできるだ	こけ詳しく	は書き	くたさい	·。)		
当院以外でセ	カンドオロ	ピニオンをお	3聞きにな	よった病	(医)院か	ぶあればこ	お書きく	ださい。			
病(医)院名					療科			医師	名		
庁々・庁(4)アン				100				F 14.14			
州名・ 症状に、	<u>ついて、と</u>	ごのような説	明を受け			ごけ詳しく			·。)		
/内石 */止小(□*)	ついて、と	どのような説	明を受け			ごけ詳しく			,)		
州名・症仏に、	ついて、と	どのような説	明を受け			どけ詳しく			\ _o)		
	ついて、と	どのような説	明を受け			ごけ詳しく			n _o)		

国立病院機構 大阪刀根山医療センター セカンドオピニオン 委任状

□代理人住所:				
□代理人氏名:				
	<u>-</u>			
□患者との続柄:	-			
私は上記のものを代理人に定め、貴院のセとを承諾いたします。	アカンドオピニオン外	来を受討	诊するこ	•
また、セカンドオピニオン外来を受診するた 代理人に預け、それに基づいた意見(セカ 代理人に述べることを承諾します。				
国立病院機構 大阪刀根山医療センター	院長 殿			
		年	月	日
患者住所:	e e	5		
患者氏名:	即			