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		生年月日	明・大・昭・平・令		男・女
患者氏名			年　月　日 （　　歳）		
住　所	〒				
連絡先	TEL		FAX		
当院「診察券（IDｶｰﾄﾞ）」	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。

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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□患者との続柄：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は上記のものを代理人に定め、貴院のセカンドオピニオン外来を受診することを承諾いたします。

また、セカンドオピニオン外来を受診するために必要な私個人の診療情報等を、代理人に預け、それに基づいた意見（セカンドオピニオン）を、貴院の医師から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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印