

# 北海道医療センター セカンドオピニオン外来 申込書

申込日 令和 2 年 1 月 1 日

## 記載例

当院受診歴の有無  有  無

|      |            |                                       |   |   |                             |         |
|------|------------|---------------------------------------|---|---|-----------------------------|---------|
| 患者さま | フリガナ<br>氏名 | ホッカイ タロウ<br><b>北海 太郎</b>              | 男・女<br><input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日  | 大 昭・平・令<br><b>24年2月29日生</b> | 69<br>歳 |
|      | 住所         | 〒 062-0005<br><b>札幌市西区山の手5条7丁目1-1</b> |   | 連絡先<br>自宅 ( 011 ) 611 - 8111<br>携帯 ( 0*0 ) * * * * - * * * *                            |                             |         |
| ご相談者 | フリガナ<br>氏名 | ホッカイ ハナコ<br><b>北海 花子</b>              | 続柄<br><b>妻</b>  | 連絡先口<br>自宅 ( 011 ) 611 - 8111<br>携帯 ( 0*0 ) * # # * - * # # *<br>FAX ( 011 ) 611 - 8112 |                             |         |
|      | 住所         | 〒 062-0005<br><b>札幌市西区山の手5条7丁目1-1</b> |   |   |                             |         |

|             |      |                   |      |  |
|-------------|------|-------------------|------|--|
| 紹介先<br>医療機関 | 病院名  | <b>医療法人 ●●●病院</b> | 診療科  | <b>●●●内科</b>   |
|             | 主治医名 | <b>●● ●● 医師</b>   | 現在状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 |

|   |   |
|---|---|
| <p>【希望診療科】(○で囲って下さい)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>リウマチ科 (関節リウマチ、膠原病)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 循環器内科 (虚血性心疾患、弁膜症、心筋疾患、心不全、不整脈)</li> <li>神経内科 (免疫性神経疾患、神経変性疾患)</li> <li>小児科 (小児腎疾患、遺伝代謝疾患)</li> <li>整形外科 (脊椎脊髄病、骨粗鬆症)</li> <li>呼吸器内科 (肺がん、非結核性抗酸菌症)</li> <li>呼吸器外科 (縦隔腫瘍)</li> <li>消化器内科 (胃がん、大腸がん、肝がん、食道がん、小腸がん、消化管間質腫瘍、胆道がん、膵がん、後腹膜、腹膜腫瘍)</li> <li>外科(外科治療に関して) (胃がん、大腸がん、肝がん、小腸がん、消化管間質腫瘍、胆道がん、膵がん、後腹膜、腹膜腫瘍)</li> <li>婦人科 (不妊症以外の婦人科疾患、子宮がん、卵巣がん、その他女性生殖器がん)</li> <li>泌尿器科 (腎がん、尿路がん、膀胱がん、副腎腫瘍、前立腺がん、精巣がん、その他の男性生殖器がん)</li> <li>耳鼻咽喉科 (咽頭がん、喉頭がん、甲状腺がん、口腔がん、唾液腺がん、鼻副鼻腔がん)</li> </ul> | <p>【病名】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>#1 虚血性心疾患(不安定狭心症)</li> <li>#2 糖尿病</li> <li>#3 脳梗塞後遺症</li> </ul> <p>【相談当日の同席者】( )内は続柄</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>患者本人のみ <input checked="" type="checkbox"/> 2 患者本人、家族( 妻 )</li> <li>家族のみ( ) ※同意書必須</li> <li>未成年者患者家族( ) ※保険証確認</li> </ol> |
|---|---|

【詳細なご相談内容】…病状経過、患者さまの現状、相談目的をご自由に記載ください。別紙でも結構です。

【ご都合の悪い相談日時】…  有  無

① 11月 22日(金) 午前 時 ※担当医の診療の都合により、ご相談日はご希望に添えないことがありますので、ご了承下さい。

② 月 日( ) 時

◆貴院のセカンドオピニオン外来の内容を了承し、定められた料金を支払うことに同意のうえ、上記のとおり申し込みいたします。

<病院記載欄>…相談者さまへの連絡( ①電話 月 日 済 ②予約票発送 月 日 済)

相談日時 : 年 月 日( ) 時 分

担当医 : 科 医師

担当者サイン

相談場所 : 北海道医療センター外来

# 北海道医療センター セカンドオピニオン外来 申込書

申込日 令和 年 月 日

当院受診歴の有無 有・無

|      |        |     |   |   |
|------|--------|-----|---|---|
| 患者さま | フリガナ氏名 | 男・女 | 生年月日 大・昭・平・令<br>年 月 日 生                   | 歳 |
|      | 住所     |     | 連絡先<br>自宅 ( ) -<br>携帯 ( ) -               |   |
| ご相談者 | フリガナ氏名 | 続柄  | 連絡先口<br>自宅 ( ) -<br>携帯 ( ) -<br>FAX ( ) - |   |
|      | 住所     |     |   |   |

|             |      |      |           |
|-------------|------|------|-----------|
| 紹介先<br>医療機関 | 病院名  | 診療科  |           |
|             | 主治医名 | 現在状況 | 入院中・外来通院中 |

|   |   |
|---|---|
| <b>【希望診療科】</b> (○で囲って下さい) <ul style="list-style-type: none"><li>リウマチ科 (関節リウマチ、膠原病)</li><li>循環器内科 (虚血性心疾患、弁膜症、心筋疾患、心不全、不整脈)</li><li>神経内科 (免疫性神経疾患、神経変性疾患)</li><li>小児科 (小児腎疾患、遺伝代謝疾患)</li><li>整形外科 (脊椎脊髄病、骨粗鬆症)</li><li>呼吸器内科 (肺がん、非結核性抗酸菌症)</li><li>呼吸器外科 (縦隔腫瘍)</li><li>消化器内科 (胃がん、大腸がん、肝がん、食道がん、小腸がん、消化管間質腫瘍、胆道がん、膵がん、後腹膜・腹膜腫瘍)</li><li>外科(外科治療に関して) (胃がん、大腸がん、肝がん、小腸がん、消化管間質腫瘍、胆道がん、膵がん、後腹膜・腹膜腫瘍)</li><li>婦人科 (不妊症以外の婦人科疾患、子宮がん、卵巣がん、その他女性生殖器がん)</li><li>泌尿器科 (腎がん、尿路がん、膀胱がん、副腎腫瘍、前立腺がん、精巣がん、その他の男性生殖器がん)</li><li>耳鼻咽喉科 (咽頭がん、喉頭がん、甲状腺がん、口腔がん、唾液腺がん、鼻副鼻腔がん)</li></ul> | <b>【病名】</b><br><br><b>【相談当日の同席者】</b> ( )内は続柄<br>1. 患者本人のみ 2. 患者本人、家族( )<br>3. 家族のみ( ) ※同意書必須<br>4. 未成年者患者家族( ) ※保険証確認 |
| <b>【詳細なご相談内容】</b> ・・・病状経過、患者さまの現状、相談目的をご自由に記載ください。別紙でも結構です。   |   |
| <b>【ご都合の悪い相談日時】</b> ・・・ 有 ・ 無<br>① 月 日( ) 時 ※担当医の診療の都合により、ご相談日はご希望に添えないことがありますので、ご了承下さい。<br>② 月 日( ) 時  |   |

◆貴院のセカンドオピニオン外来の内容を了承し、定められた料金を支払うことに同意のうえ、上記のとおり申し込みいたします。

<病院記載欄>・・・相談者さまへの連絡( ①電話 月 日済 ②予約票発送 月 日済)

相談日時 : 年 月 日( ) 時 分

担当医 : 科 医師

相談場所 : 北海道医療センター外来

担当者サイン

|  |
|--|
|  |
|--|