

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 平成 29 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 氏名 | ホッカイ タロウ 北海 太郎 | 男・女 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | 大・昭・平・令 22年2月29日生 | 年齢 | 69 歳 |
| | 住所 | 〒 062-0005 札幌市西区山の手5条7丁目1-1 | | 連絡先 自宅 (011) 611 - 8111 携帯 (0*0) * * * * - * * * * | | | |
| ご相談者 | フリガナ 氏名 | ホッカイ ハナコ 北海 花子 | 続柄 妻 | 連絡先口 自宅 (011) 611 - 8111 携帯 (0*0) * # # * - * # # * | | | |
| | 住所 | 〒 062-0005 札幌市西区山の手5条7丁目1-1 | | FAX (011) 611 - 8112 | | | |

| | | | | |
|-------------|------|-------------------|------|--|
| 紹介先 医療機関 | 病院名 | 医療法人 ●●●病院 | 診療科 | ●●●内科 |
| | 主治医名 | ●● ●● 医師 | 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"> リウマチ科 (関節リウマチ、膠原病) <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) 神経内科 (免疫性神経疾患、神経変性疾患) 小児科 (小児腎疾患、遺伝代謝疾患) 整形外科 (脊椎脊髄病、骨粗鬆症) 呼吸器内科 (肺がん、非結核性抗酸菌症) 呼吸器外科 (縦隔腫瘍) 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) 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) 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) 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) 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) | <p>【病名】</p> <ul style="list-style-type: none"> #1 虚血性心疾患(不安定狭心症) #2 糖尿病 #3 脳梗塞後遺症 <p>【相談当日の同席者】()内は続柄</p> <ol style="list-style-type: none"> 患者本人のみ <input checked="" type="checkbox"/> 2 患者本人、家族(妻) 家族のみ() ※同意書必須 未成年者患者家族() ※保険証確認 |
|---|---|

【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

