

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 7 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	ホッカイトロウ 北海道 太郎	男・女	生年月日	大・昭・平・令 22年2月29日生	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 北海道 花子	続柄 妻	連絡先 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	入院中・外来通院中

【希望診療科】(○で囲って下さい)	【病名】
・ リウマチ科 (関節リウマチ、膠原病)	#1 虚血性心疾患(不安定狭心症)
○循環器内科 (虚血性心疾患、弁膜症、心筋疾患、心不全、不整脈)	#2 糖尿病
・ 脳神経内科 (免疫性神経疾患、神経変性疾患)	#3 脳梗塞後遺症
・ 小児科 (小児腎疾患、遺伝代謝疾患)	【相談当日の同席者】()内は続柄
・ 整形外科 (脊椎脊髄疾患、脊柱側弯症などの脊椎変形)	1. 患者本人のみ ○2 患者本人、家族(妻)
・ 呼吸器内科 (非結核性抗酸菌症、肺がん)	3. 家族のみ() ※同意書必須
・ 呼吸器外科 (縦隔腫瘍)	4. 未成年者患者家族() ※保険証確認
・ 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全般、子宮がん、卵巣がん、その他の女性生殖器がん)	
・ 泌尿器科 (腎がん、尿管がん、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)	
・ 内分泌代謝・糖尿病内科 (糖尿病、内分泌疾患全般)	
・ 腎臓内科 (慢性腎臓疾患)	
・ 皮膚科 (アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、尋常性乾癬、褥瘡、皮膚がん)	
【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

相談場所 : 北海道医療センター外来

担当者サイン

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	歳
	住所	〒		年	月	日
ご相談者	フリガナ氏名		続柄	連絡先	自宅	()
	住所	〒		携帯	()	—
				FAX	()	—

紹介先医療機関	病院名		診療科	
	主治医名		現在状況	入院中・外来通院中

【希望診療科】 （○で囲って下さい） ・ リウマチ科 （関節リウマチ、膠原病） ・ 循環器内科 （虚血性心疾患、弁膜症、心筋疾患、心不全、不整脈） ・ 脳神経内科 （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 （脊椎脊髄疾患、脊柱側弯症などの脊椎変形） ・ 呼吸器内科 （非結核性抗酸菌症、肺がん） ・ 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全般、子宮がん、卵巣がん、その他の女性生殖器がん） ・ 泌尿器科 （腎がん、尿管がん、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） ・ 内分泌代謝・糖尿病内科 （糖尿病、内分泌疾患全般） ・ 腎臓内科 （慢性腎臓疾患） ・ 皮膚科 （アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、尋常性乾癬、褥瘡、皮膚がん）	【病名】 【相談当日の同席者】 （ ）内は続柄 1. 患者本人のみ 2. 患者本人、家族（ ） 3. 家族のみ（ ） ※同意書必須 4. 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 月 日（ ） 時 ② 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。	

◆ 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