セカンドオピニオン申込書

<table>
<tr><td>申込日</td><td colspan="4">西暦　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>現在の状況</td><td colspan="4">通院中　・　入院中　（入院日　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td>希望診療科</td><td>陽子線治療科</td><td>希望医師</td><td colspan="2">陽子線治療科医師</td></tr>
<tr><td rowspan="3">希望日時</td><td colspan="4">①　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">②　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">③　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">男・女</td><td colspan="2" rowspan="2">生年月日
西暦　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>患者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>患者住所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td>患者連絡先</td><td colspan="4">電話　（自宅）　　（FAX）
（携帯）</td></tr>
<tr><td>面談者氏名
（家族の場合）</td><td></td><td>面談者数
人</td><td>本人との関係</td><td></td></tr>
<tr><td>面談者連絡先
（患者連絡先以外）</td><td colspan="4">自宅　　携帯</td></tr>
<tr><td rowspan="2">紹介元医療機関</td><td colspan="2">医療機関名</td><td colspan="2">担当部署・氏名</td></tr>
<tr><td colspan="4">連絡先
（電話）　　（FAX）</td></tr>
<tr><td>備考欄</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>注意事項</td><td colspan="4">・申込書のみの受付はできません。（診療情報提供書を添付してください）
・予約日の御連絡は 1～3 日ほどお時間をいただいております。（当日の場合もあり）
・医療機関よりお申し込みの場合、担当部署へ予約票をお送りいたしますが患者様へお渡しいただく必要はありません。
・受診日当日までに添付資料や CD-R（画像データ）を必ずご用意ください。</td></tr>
</table>

名古屋市立西部医療センター
地域医療連携室
TEL052-991-8145　FAX052-991-8161