セカンドオピニオン外来申込書

平成　　年　　月　　日

○相談者　　患者本人　・　患者本人とご家族　・　ご家族
※ご家族の場合は、患者本人からの同意書（様式は任意）が必要となります。

○患者様の受診歴
過去に当院に受診したことが　　ある　・　ない
ある場合は　　ＩＤ番号　　－

（ふりがな）			明・大・昭・平　（年齢　　歳）
患者者の氏　名	（男・女）	生年月日	年　　月　　日
患者様の現住所	電話（　　）　　－　　ＦＡＸ（　　）　　－		
（ふりがな）			
相談者の氏　名	（男・女）	患者様との続柄	
相談者の現住所	電話（　　）　　－　　ＦＡＸ（　　）　　－		

※住所電話番号等が患者様と同一の場合は、記入する必要はありません。

希望担当医 診療科	【担当医名】　　【診療科】
希望日時	月　日　～　月　日 月　日　～　月　日 月　日　～　月　日

※希望日時は複数又は期間で記載して下さい。調整後、実施日通知書にて確定します。
但し時刻は、全て平日の午後となります。

【相談目的】 （診断・検査結果・治療方針・手術適応・手術方法等）
【具体的内容】

現在受診されている病（医）院名・診療科・医師名を記載して下さい。

病(医)院名	
診　療　科	
医　師　名	

〒440－8510　豊橋市飯村町字浜道上50　　豊橋医療センター　　医事外来初診係
電話 0532-62-0301　FAX 0532-62-0041

同　　意　　書

（患者様本人の自筆）

独立行政法人　国立病院機構

豊橋医療センター院長　　殿

私は、貴院に依頼するセカンドオピニオン外来に関する一切の権限を

下記代理人に委任いたします。

平成　　年　　月　　日

患者住所……

……

患者氏名……印……

委任を受けた
代理人氏名……

患者様との
関　　係……