

セカンドオピニオン外来申込書

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 有る ・ ない
 ある場合は ID番号 _____

(ふりがな)		明・大・昭・平・令(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	

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。

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