

セカンドオピニオン申込書

申込日 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構
奈良医療センター 院長 殿

住所	(〒 -)	
フリガナ		連絡先(電話番号)
氏名		自宅() -
申込者区分	患者本人・患者家族	携帯() -

下記の通り申し込みます。

患者氏名	フリガナ	性別	男	生年月日(満年齢)	
			女	M・T	年 月 日(歳)
現住所	(〒 -)				
連絡先電話番号	自宅() -	携帯() -			
面談者氏名 (患者本人以外が 面談を受ける場合)	フリガナ	患者との続柄			
		他に同席する面談者数			
現在の診療状況 (主治医の医療機関 お名前・所在地 電話番号など)	外来通院中 ・ 入院中				
	医療機関	病院・医院・診療所			
	所在地	電話() -			
	診療科	科			
	担当医 先生				
事前提出できる 資料 (診療情報提供資料)	病状説明書(紹介状等)			受領	
	検査データ			受領	
	レントゲンフィルム(CT等含む)			受領	
	その他()			受領	

太線枠内は記入
しないで下さい

病院記入欄

申込書受理日
年 月 日

受理者署名

事前資料受理日
年 月 日

受理者署名

担当診療科名

担当医師名

医師

面談予約日時
年 月 日()
時 分~

面談者への連絡日

年 月 日

連絡者署名

備考

ご相談の具体的な内容