## 春日井市民病院 セカンドオピニオン外来 申込書

	ふりがな				男	生年月日						
患 者	氏名					女	明·	明・大・昭・平 年 月 日				
	住所 〒							TEL (	_	-	_	)
								携帯(	_		_	)
	ふりがな											
代理受診者 (代表)	氏名					柄		TEL (	_	-		)
	住所 〒							携帯(	_		_	)
いつ、何と診断	折さ		年 月	ごろ診断								
れましたか	肝臓がん	肺がん	乳太	がん	その他			がん				
これまでに受け	ナた											
検査及び治療												
セカンドオピニオンで相談したい内容 *別紙を添付していただいても結構です												
現在受診している医療機関												
病院名:												
主治医:				科					先生			
資料:		手元に	ある・	これか	ら準備	( 月		日ごろ入手	予定)			
診療情報提供書・画像 (フィルム・CD-ROM)・他 (							)	お預り日		月	F	]
相談日について <u>ご都合の悪い日時</u> をお知らせください。												
相談日程が決まり次第ご連絡させていただきます。												
施設記入欄												

平成

受付

年 月 日

可・否

受付対応者

各科部長

電話・来院

担当医師