

春日井市民病院 セカンドオピニオン外来 申込書

患 者	ふりがな 氏名	男 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	歳
	住所 〒	TEL (— —) 携帯 (— —)		
代理受診者 (代表)	ふりがな 氏名	続柄	TEL (— —) 携帯 (— —)	
	住所 〒			
いつ、何と診断されましたか	年 月 ごろ診断 胃がん 大腸がん 肝臓がん 肺がん 乳がん その他 がん			
これまでに受けた 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 年 月 日				
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 年 月 日 受付対応者 電話・来院

受付 可 ・ 否 各科部長 担当医師