セカンドオピニオン外来申込書

独立行政法人国立病院機構
岩国医療センター　地域医療連携室　行

令和　　年　　月　　日

【FAX送信先】　0827－35－5896

紹介医療機関の所在地
名　称

TEL
FAX

下記のとおりセカンドオピニオン外来希望の患者を紹介しますので、よろしくお願いいたします。

フ　リ　ガ　ナ		男・女	※旧姓
患　者　氏　名			
生　年　月　日	大　昭 平　令　　年　　月　　日（　　歳）		
住　　所	〒　　－　　← 郵便番号は必ずご記載ください。		
電　話　番　号	（　　）　　－		

セカンドオピニオン外来相談希望疾患（○をして下さい）		対象疾患	診療科		対象疾患	診療科
		がん（悪性腫瘍）※血液がんも含む	各診療科		低身長 ※高校生以上の方は不可	小児科
		遺伝性腫瘍	外科		漏斗胸 ※高校生以上の方は不可	小児外科
		循環器系の疾患	循環器内科 心臓血管外科		その他の疾患（具体的にご記入下さい。）（　　）※内容によっては、お引き受けが難しい場合や、一般診療での予約をお願いする場合があります。	
		脊椎・脊髄の疾患	整形外科 脳神経外科			
		更年期疾患	婦人科			

希　望　日	1.　令和　　年　　月　　日	3.　いつでも良い（※ご都合が悪い日　　）
	2.　令和　　年　　月　　日	
希望される相談内容と現在までの診療経過（別紙可）		
当日持参予定の資料・記録の名称等		
当院からの相談日時担当医師等受付事項の連絡先	TEL　（　　）　　－ FAX　（　　）　　－	