

がんセカンドオピニオン外来申込書

様式 1

平成 年 月 日

京都府立医科大学附属病院長 様

申込者区分	患者本人・患者家族		
ふりがな 氏名	電話番号		
	FAX番号		
	携帯電話		
住所	(〒 -)		

下記のとおり申し込みします。

患者氏名等	氏名(ふりがな)	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日(歳)		
	(男・女)			
	住所(〒 -)	電話() -		
相談者※	氏名(ふりがな)	患者との続柄		
	(男・女)			
相談者数	相談に来られる全人数 人			
現在の状況	現在受診中の病院・診療科・主治医(担当医)			
	連絡先 病名			
相談したい 内容	手術の有無 有・無 通院中・入院中・その他()			

相談希望 日 時	第1希望	第2希望	第3希望	第4希望
	月 日	月 日	月 日	月 日
	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM
提出できる 検査資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状(診療情報提供書) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム [<input type="checkbox"/> CT、 <input type="checkbox"/> MRI、 <input type="checkbox"/> レントゲン、 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> その他()			

※ この欄は、患者本人が相談を受ける場合は記入不要。