

# セカンドオピニオン申込書

申込専用FAX 04-2948-2118

※ 太枠内をご記入ください

|                        |   |   |         |      |   |    |   |
|------------------------|---|---|---------|------|---|----|---|
|                        |   | 申込日   | 平成      | 年    | 月 | 日  |   |
| 患者                     | ふりがな  | 生年月日  |         |      |   |    |   |
|                        | 氏名  | 男   | 明・大・昭・平 |      | 年 | 月  | 日 |
|                        |   | 女   | ( ) 歳   |      |   |    |   |
| 住所                     |   | 電話 ( )  |         |      |   |    |   |
| 相談者                    | ふりがな  | 患者さまとの続柄  |         |      |   |    |   |
|                        | 氏名  | 男   |         |      |   |    |   |
|                        |   | 女   |         |      |   |    |   |
| ※患者さま本人の場合は、記載不要です     |   | 住所  |         |      |   |    |   |
|                        |   | 電話 ( )  |         |      |   |    |   |
| 希望する対象分野               | (消化器)   | (外科)  |         |      |   |    |   |
|                        | <input type="checkbox"/> 消化器内科一般<br><input type="checkbox"/> 肝疾患  | <input type="checkbox"/> 大腸・胃・乳癌<br><input type="checkbox"/> 肝・胆・膵疾患<br><input type="checkbox"/> 外科一般 |         |      |   |    |   |
|                        | (小児科)   | (産婦人科)  |         |      |   |    |   |
|                        | <input type="checkbox"/> 新生児発達<br><input type="checkbox"/> 内分泌(低身長)<br><input type="checkbox"/> 代謝(糖尿病)<br><input type="checkbox"/> 循環器(先天性心疾患・不整脈) | <input type="checkbox"/> 婦人科悪性腫瘍  |         |      |   |    |   |
| 希望の診療科及び医師             | 科   |   |         |      |   | 医師 |   |
| 希望の日時                  | 第一希望  | 月   | 日       | 第二希望 | 月 | 日  |   |
|                        |   |   | 時       |      |   | 時  |   |
| 現在の状況                  | <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 自宅療養等  |   |         |      |   |    |   |
| 診療経過がわかる資料の有無          |   | <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> フィルム(X線・CT・MRI・RI)                              |         |      |   |    |   |
| ※現在、準備できている資料にレ点してください |   | <input type="checkbox"/> 血液検査データ <input type="checkbox"/> その他( )                                      |         |      |   |    |   |

独立行政法人 国立病院機構  
 西埼玉中央病院  
 電話番号 04-2948-1111  
 FAX番号 04-2948-2118