

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		令和	年	月	日	
患者	ふりがな	生年月日				
	氏名	男	明・大・昭・平・令			年 月 日
	住所 〒	() 歳				
		電話 ()				
相談者 <small>※患者さま本人の場合は、記載不要です</small>	ふりがな	患者さまとの続柄				
	氏名	男				女
	住所 〒					
		電話 ()				
希望する対象分野	(消化器) <input type="checkbox"/> 消化器内科一般 <input type="checkbox"/> 肝疾患		(外科) <input type="checkbox"/> 大腸・胃・乳癌 <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵疾患 <input type="checkbox"/> 外科一般			
		(小児科) <input type="checkbox"/> 新生児発達 <input type="checkbox"/> 内分泌(低身長) <input type="checkbox"/> 代謝(糖尿病) <input type="checkbox"/> 循環器(先天性心疾患・不整脈)		(産婦人科) <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 時	第二希望	月 日 時	第三希望	月 日 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 <small>※現在、準備できている資料にレ点してください</small>		<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> フィルム(X線・CT・MRI・RI) <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