**セカンドオピニオン外来 診療情報提供書兼申込書**

医療法人純正会　名豊病院 令和 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医師名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |

科 先生

《予約希望日》

都合の悪い日・時間などがある場合は、必ずご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 患者さま本人  代理人（セカンドオピニオン代理同意書が必要です） | | |
| 受診者 | (代理人氏名) (続柄：　　　　)  (代理人連絡先) TEL:　　　　-　　　　- | | |
| フリガナ |  | 性別 | 明　 大　 昭　 平　 令 |
| 受診者名 |  | 男  女 | 年　　　月　　　日(　　　歳) |
| 現住所 | 〒　　　－  TEL（ ） － | | |
| 受診歴 | 名豊病院（又は豊田新成病院）受診歴  無  有 (ID:　　　　　　 　) | | |
| 疾患名 |  | | |
| 《経過及び検査結果・現在の処方等》　　　　　　　　　　　 別紙参照(事前にFAXをお願いいたします) | | | |
| 添付資料 | X-P　  CT　  MRI　 心電図　  超音波検査(部位：　　　　　　　　　 ）  その他（ 　　　　　　　　　　　　　　） 　　　　　返却の有無：  有 ・  無 | | |

医療法人　純正会　名豊病院　地域医療連携室　　　　　　〒473-0913　愛知県豊田市竹元町荒子15

TEL:(0565)53-8700　FAX:(0565)53-5360　　【対応時間】平日 8:30～17:00 (祝日・年末年始を除く)