

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

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。

医療機関名

医師名

TEL

FAX

受診者	<input type="checkbox"/> 患者さま本人 <input type="checkbox"/> 代理人（セカンドオピニオン代理同意書が必要です） (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 生年 月日 年 月 日 (歳)
患者氏名		男・女	
現住所	〒 - TEL () -		
受診歴	名豊病院（又は豊田新成病院）受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ID:)		
疾患名			
《経過及び検査結果・現在の処方等》		<input type="checkbox"/> 別紙参照(事前にFAXをお願いいたします)	
添付資料	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 超音波検査(部位:) <input type="checkbox"/> 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)