オンラインセカンドオピニオン外来申込書

料金として3３,000円を支払うことに同意のうえ、受診医療機関からの診療情報提供書（紹介状）及び資料等を準備し、新潟県立がんセンター新潟病院のオンラインセカンドオピニオンを申し込みます。

【患者さんご本人】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 | 性　別  （ 男 ・ 女 ） |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　 （　　　　歳） |
| 住　　所 | 〒  連絡のとれる電話番号 |

【相談者がご家族の場合】・・・家族のみの場合、患者さんご本人の同意が必要になります。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 相 談 者  氏 名 |  |
| 住　　所 | 〒  連絡のとれる電話番号 |
| 続　　柄 | 患者さんの（　　　　　　　　　　　　　　　） |

**以下は記入不要です**

【患者情報記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 疾 患 名 |  | 来院者 | □ 本人 　　□ 本人および家族  □ 家族のみ |
| 希望する  診 療 科 |  | 来院歴  の有無 | □あり‥‥最終　 　 年　 月　　日  □なし　　ＩＤ 　　－　　　　－ |
| 受 診 医  療 機 関 | ［　　　　　　　　　　　　　　　　　］　病院　［　　　　　　　　　　　　］科  ［　　　　　　　　　　　　　　　　　］　医院　・　クリニック　・　診療所 | | |
| 医 師 名 |  | | |

【病院使用欄】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【資料受領日】　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日 時 | 場 　 所 | 説明医師 |  | 連 絡 日 | 担 当 |
| 月　 　日（ ）  時 分から | □ 上記以外（２F専用室） |  |  |  |