

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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人および家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ
希望する診療科		来院歴の有無	<input type="checkbox"/> あり・・・最終 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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
月 日 () 時 分から	<input type="checkbox"/> 上記以外 (2F 専用室)	

連絡日	担当