

< 記入例 >

(様式1)

セカンドオピニオン外来申込書

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

| | | | | | |
|------------|---|---|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| 患者さんに関する事項 | ふりがな | さいせい たろう | 旧姓 | | 明・大・昭・平 |
| | 氏名 | 済生太郎 (男) (女) | | 生年月日 | ×年×月×日 |
| | 住所 | 〒933-0000 高岡市××町 | | 電話番号 | 0766-△△-◇◇◇◇ |
| | 当院診療券 | (いずれかを○で囲んでください) 持っている (登録番号: 12345678) ・ 持っていない | | | |
| 相談者に関する事項 | 氏名 | 済生花子 | 患者さんとの関係 (具体的に) | 妻 | |
| | 住所 | 〒933-0000 高岡市××町 | | 電話番号 | 0766-△△-◇◇◇◇ 090-□□□□-◎◎◎◎ |
| | 来院される方 | (いずれかを○で囲んでください) 患者本人 ・ 患者本人と家族 ・ 家族のみ | | | |
| | 相談希望の診療科 | (特に希望がある場合、ご記入願います) | | | |
| | 相談希望日時 | 第1希望 (○月×日< 曜日>午後 3時00分頃) | 第2希望 (○月×日< 曜日>午後 2時30分頃) | 第3希望 (○月△日< 曜日>午後 2時00分頃) | ご持参資料等 (○で囲んでください) |
| 相談内容に関する事項 | 病名又は症状(現状を分かる範囲で記載ください) 胃がん、肝臓がん | | | | |
| | 受診中の医療機関と担当医師名 〇〇病院(〇〇医師) | | | | |
| | その他(現在までの経過や相談事項を具体的に記載ください) 夫は、平成△年△月に〇〇病院で胃がんの手術を受け、胃の3分の2を取った。このとき転移ではないと言われた。その後化学療法を2回行い、定期的に通院している。しかし、最近になってMRIで肝臓に腫瘍があると言われ、「手術はできない。化学療法しかできないであろう。」と言われた。本当に手術ができないのか聞きたい。 | | | | |