セカンドオピニオン受診申込書

No.

※患者ＩＤ

神奈川県立循環器呼吸器病センター

太枠の中をご記入ください。（ ※印の欄は記入しないでください。 ）

申込年月日		令和　　年　　月　　日		
受診科目 希望する科に○を付けてください		呼吸器内科 ・ 間質性肺炎センター ・ 肺がん外来 ・ 呼吸器内科（結核） 循環器内科 ・ 糖尿病･内分泌内科 ・ 呼吸器外科 ・ 心臓血管外科 放射線科 ・ その他（　　）		
受診者	住所	〒□□□－□□□□		
	電話番号	自宅番号　（　　） 携帯番号　（　　）		
	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）		
緊急連絡先 (受診者以外の方を記入してください)	住所	電話番号　（　　）		
	氏名		続柄	
申込者 (受診者と同一人の場合は記入不要です)	住所	電話番号　（　　）		
	氏名		続柄	
紹介状		有 ・ 無		

紹介状が「有」の方・・・下記項目をご記入ください。

紹介医療機関名

＜所在市区町村＞

当センターのことを知ったきっかけに○をしてください。（ ○はいくつでも可 ）

1．インターネット　2．医療情報誌　3．医療講座の開催・案内

4．道路沿いの看板　5．自宅・職場に近いので知った　6．家族・知人から聞いて

7．他の医療機関・行政から聞いて　8．県立病院だから知った

9．今回紹介されるまで知らなかった　10．その他（　　）

※ □救急車を利用して来院　□横浜市地域医療連携システムによる紹介状を持参

□即時入院（外来→入院）　□直接入院（受付→入院）