

多根総合病院 セカンドオピニオン外来 申込書

申込日 年 月 日

【紹介元医療機関】

医療機関名

所在地

TEL/FAX

担当科/医師名

申込担当者名

フリガナ	男 ・ 女	歳
患者氏名	T・S・H・R	年 月 日
患者住所 (〒 -)	電話番号 ()	

希望診療科：	希望医師：
病名：	
来院予定者：	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (計 名)
※患者さん本人が来院されない場合は同意書が必要です (別紙)	
全身状態：	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
現在の診療状況：	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中
ご都合の悪い日程等、連絡事項があればご記入ください。	

※以下の項目を必ず患者さんに確認の上、お申し込みください。

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 診察ではなく、専門医としての意見提供のみ | <input type="checkbox"/> 患者さんの同意有 |
| <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン料金 30分 10,000円(税別) | <input type="checkbox"/> 告知済み |
| <input type="checkbox"/> 患者さん本人が来院されない場合にお持ちいただくもの | |

(代理相談者の健康保険証等の身分証明)

多根総合病院 地域医療連携室

〒550-0025 大阪府大阪市西区九条南1-12-21

TEL:06-6585-2780 FAX:06-6585-2330

2020年10月作成