セカンドオピニオン申込書（書面回答用）

申込日　　年　　月　　日

大阪市立総合医療センター病院長　様

※太線枠内は記入しないでください

書面によるセカンドオピニオンの趣旨を十分理解し、特に、訴訟等の目的に使用しないこと及びセカンドオピニオン料として、3,000円（保険適用外）を支払うことに同意し、次の通り書面によるセカンドオピニオンを申し込みます。

住　所	〒　　－	
ﾌﾘｶﾞﾅ		連絡先（電話番号）
氏　名		①
		②
申込者区分	父・母・その他（　　）	

ﾌﾘｶﾞﾅ		性　別	□男　□女
患　者　氏　名		生年月日	S・H　年　月　日（　歳）
現在の診療状況	□外来通院中　□入院中	病院等の名称	

所見を求めたい内容（できるだけ詳細に記入してください）

⑤提出資料確認欄	□病状説明書（診療情報提供書等）　□CD-ROM（　　）枚
（同封時、チェックしてください）	□同意書　□患者本人健康保険証コピー　□相談者健康保険証コピー
	□その他（　　）

病院記入欄
資料受理日
年　月　日
□病状説明書 □CD-ROM □同意書 □患者本人身分証明 □面談者身分証明 □その他
受理者署名
資料受取確認報告
年　月　日
受理者署名
担当診療科名
担当医師名
入金確認
年　月　日
担当者名
医師へ依頼
年　月　日
担当者名
回答書受理
年　月　日
担当者名
依頼者へ郵送の報告
年　月　日
担当者名
返送日
年　月　日
担当者名
既取得ID
有　・　無
患者ID
備　考