

セカンドオピニオン 予約申込書(面談用)

申込日 年 月 日

大阪市立総合医療センター 地域医療連携センター行
TEL 06-6929-1221

医療機関名 診療科
所在地 担当医師

TEL
FAX 担当者()

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患 者 氏 名		生 年 月 日	S・H 年 月 日(歳)
住 所	〒		
連絡先(電話番号)	①	②	
希望診療科		希望医師	
大阪市立総合医療センターの受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
ご相談の具体的内容(できるだけ詳細に記入してください)			

患者さんに確認の上、チェックください <input type="checkbox"/> 診察ではなく、意見の提供のみであること <input type="checkbox"/> 訴訟等の目的に使用しないこと <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン料として、定められた費用(保険適応外)を支払うこと キャンセル時、預けた診察資料(診療情報提供書・画像データ)の取り扱いについて <input type="checkbox"/> 返却必要時:画像データのみ申込者に返却(費用は申込者負担) <input type="checkbox"/> 返却不要時:大阪市立総合医療センターで破棄			
※担当医師と相談の上日時を決定するため、お返事に日数を要しますのでご了承ください			

※太線枠内は記入しないでください

病院記入欄
担当診療科名

担当医師名

面談日時
年 月 日()
時 分~
面談者へ日時報告
年 月 日
サイン ()
相談室

当院受診歴
有 ・ 無
患者登録番号

ファイル通し番号

備考
