

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

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	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				

※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

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、□にチェックしてください

- 診察ではなく、意見の提供のみであること
 訴訟等の目的に使用しないこと
 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、画像データ等)の取り扱いについて
 返却必要時:紙面以外、申込病院に返却
 返却不要時:全て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。予めご了承ください