様式A

セカンドオピニオン　予約申込書（面談用）

記入日　　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　　担当部署（　　）

FAX　　担当者名（　　）

以下、枠線内は基本、患者さん又は代諾者の方がご記載をお願いいたします。

フリガナ 患者氏名		性別	□男　□女
		生年月日	年　月　日（　歳）
住所	〒　－		
連絡先（電話番号）	①　続柄（　）	②　続柄（　）	
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	□あり(ID　　)	□なし	□不明
都合の悪い日（発送以降3週間）		患者同席	□あり　□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。枠内を超える場合、別紙添付可。）

下記事項に同意します。

- □ 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

署名（自署）　　自筆困難な場合は代筆可

代筆者　　続柄

★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

□返却不要（破棄）　　□返却必要：申込病院に返却

※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

※太線枠内は記入しないでください

病院記入欄
患者登録番号
担当診療科名
担当医師名
内線（　　）
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
当日確認書類
有・無
備考