

大阪府済生会中津病院

## セカンドオピニオン外来 申込書

医療機関名

科名：医師名

住所

TEL

FAX

ふりがな 患者氏名		生年月日 大 昭 平 令 年 月 日生 ( 歳)	性別 男 ・ 女
住所	〒	TEL ( )	当院の受診歴 有 ・ 無
相談診療科		科	先生
病名			
持参資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 画像 (フィルム・CD)	<input type="checkbox"/> その他 ( )
全身状態	<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 入院中 来院方法 ( )

以下の項目を必ず患者さんに確認の上 にチェックしてください。

- 診療ではなく、専門医としての意見の提供のみ
- 相談時間に応じて、  
30分まで 22,000円 (税込)  
30分超 60分まで 44,000円 (税込) の費用が発生
- 患者の同意有
- 告知済み
- 来院予定者・人数 ( )
- 患者本人が来院されない場合にお持ちいただくもの  
・患者との続柄を確認できるもの (健康保険証など)  
・代理相談者の顔写真付の身分証明書 (運転免許証など)

## 連絡事項

都合の悪い日時等があればご記入下さい

代理相談者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

※担当医師と調整のうえ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。  
本書と診療情報提供書を FAX で送信ください。予約確認が取れ次第「セカンドオピニオン外来 受付予約票」を FAX にて返送いたしますので患者さんにお渡しください。

送付先

FAX 06-6372-6871

大阪府済生会中津病院 地域連携・患者支援センター  
大阪市北区芝田 2-10-39 電話 (直通) 06-6372-1036