

大阪暁明館病院 セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた30分につき11,000円を支払うことに同意のうえ、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日 氏名 印

患者さま情報	フリガナ ご氏名	様 (男・女)	
	当院受診歴の有無	(有 ・ 無)	
	生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 (歳)	
	ご住所	〒	
	ご連絡先	TEL () FAX ()	
ご相談に来られる方	ご本人 ・ ご家族 (続柄)		
ご相談者情報 ※日中連絡の取れる連絡先を ご記入ください。	フリガナ ご氏名		
	ご連絡先	TEL () FAX ()	
疾患名	#1. #2. #3.		
ご相談の 具体的な内容 治療経過、現在の状況等も詳しく ご記入ください。用紙が不足している 場合には別紙でも結構です。 医療機関からお申し込みの場合は 診療情報提供書も一緒にお送りください。			
受診希望診療科名	科	先生	
紹介元医療機関	主治医の医療機関 ご氏名	() 病院、診療所 () 科 () 先生	

【同意書】 ※ご家族のみでご相談する場合は必ず下記にもご記入ください。

私(患者さま氏名) _____ は、 (ご相談者) _____ に対して、貴院担当医が私の疾患についての
診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします
令和 年 月 日
患者さま氏名 _____ 印

【送付先】  大阪暁明館病院 医療連携課 〒554-0012 大阪市此花区西九条5-4-8

TEL 06 (6462) 0261 / FAX 06 (6466) 0382

※ 以下は記載しないでください。

本院からの連絡予約日時 : 令和 年 月 日 () 時 分 科