

セカンド・オピニオン外来 申込書

セカンド・オピニオン外来以外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金額を支払うことに同意したうえで、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します。

北大阪ほうせんか病院長 様

年 月 日

氏名:

※申込(相談)する人の自筆で記入ください

住所:

患者様の氏名・性別	様 (男 ・ 女)	
患者様の生年月日(年齢)	年 月 日生 (歳)	
患者様の住所	〒 -	
申込(相談)者の連絡先	TEL.	
	FAX.	
申込(相談)者の続柄	ご本人 ・ ご家族 (続柄)	
疾患名		
相談内容 (できる限り具体的に)スペースが不足の際は、別紙でも結構です。		
紹介医療機関名	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
主治医のお名前	科	先生

- ◆ 申込書を記入後、相談日の7日前までに、地域連携部に診療情報提供書(紹介状)を提出してください。
- ◆ 記入いただいた個人情報は、セカンド・オピニオンに提供し利用するものであり、この目的以外には用いません。

申込・連絡先 北大阪ほうせんか病院 地域連携部

電話 072-643-6921

FAX 072-643-2768(直通)