

F A X ・ 0797-83-2818 (診療情報提供書を添えてお申し込み下さい)

依頼元医療機関
住 師 所
医 話 番 名
電 話 番 号
F A X

年 月 日

当 院 使 用 欄	— —

※太枠内は必ずご記入ください

フリガナ		性別	宝塚市立病院受診歴
氏名		男・女	有・無・不明
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ()歳		
住所	〒		
電話番号	ご自宅	携帯電話	

希望診療科

<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 腫瘍内科	<input type="checkbox"/> リウマチ科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 口腔外科
-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------------------	--------------------------------------------------------------

相談者 ・本人のみ ・本人と家族 ・家族のみ (※)	※ご家族のみの受診の際は、下記ご記入下さい 氏名 _____ 続柄 _____ TEL _____
-------------------------------------	---------------------------------------------------------

相談ご希望日について
ご都合の悪い日をご記入下さい

[]

確認事項 (以下はセカンドオピニオンの対象外となっております)

- 本人・ご家族以外からのご相談
- 初めから当院での治療 (入院や転院を含む) 希望している場合
- 主治医に対する不満や医療事故及び裁判係争に係わるご相談
- 死亡された患者様を対象とするご相談

料 金 30分ごと ￥5,000円 (税別)

必要書類

- ・紹介状 (診療情報提供書など)
- ・画像データ、検査データなど
- ・家族のみの相談の場合、同意書と来院される方の身分証明書 (保険証や運転免許証など)

宝塚市立病院 地域医療予約センター
TEL0797-87-1161 (代表)
TEL0797-87-9517 (直通)
FAX0797-83-2818 (直通)

入力者	確認者