

宝塚市立病院 セカンドオピニオン外来申込書

2020年5月改定版

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

依頼元医療機関名

住 医 師 所
電 話 番 名
F A X 号

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"/> 腔外科

<p>相談者</p> <p>・ 本人のみ ・ 本人と家族 ・ 家族のみ (※)</p>	<p style="text-align: center;">※ご家族のみの受診の際は、下記ご記入下さい</p> <p>フリガナ 氏名 _____</p> <p>続柄 _____ TEL・携帯 _____</p>
---	--

相談日について

ご都合の悪い日をご記入下さい (ご記入いただいた日以外で調整いたします)

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)

1. 本人・ご家族以外からのご相談	(はい ・ いいえ)
2. 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	(はい ・ いいえ)
3. 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	(はい ・ いいえ)
4. 死亡された患者様を対象とするご相談	(はい ・ いいえ)

1つでも はい があれば対象外です

料 金 30分ごと ¥5,000円 (税別/返書作成時間を含む)

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
TEL : 0797-87-9517 (直通)
FAX : 0797-83-2818 (直通)

入力者	確認者