

# 宝塚市立病院 セカンドオピニオン外来申込書

2022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<br>院<br>使<br>用<br>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"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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

フリガナ  
氏名

続柄

TEL・  
携帯

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 ￥5,500円 (税込/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 地域医療室

TEL : 0797-87-9517 (直通)

FAX : 0797-83-2818 (直通)

|     |     |
|-----|-----|
| 入力者 | 確認者 |
|     |     |