

# 宝塚市立病院 セカンドオピニオン外来申込書

2023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 所  
医 師 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"/> 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"/> 放射線治療科 | <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