

宝塚市立病院 セカンドオピニオン外来申込書

FAX・0797-83-2818（診療情報提供書を添えてお申し込み下さい）

紹介元医療機関名	
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

☐ 血液内科

☐ 消化器内科

☐ 腫瘍内科

☐ リウマチ科

☐ 外科

☐ 呼吸器外科

☐ 脳神経外科

☐ 整形外科

☐ 放射線治療科

☐ 歯科
☐ 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

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 11,000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 患者サポートセンター 地域医療室
TEL : 0797-87-9517（直通）

入力者	確認者

FAX : 0797-83-2818 (直通)

