

FAX 専用 セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日

※本紙を**診療情報提供書とともに**地域ネットワークセンターまでご送付ください。

大阪刀根山医療センター
地域ネットワークセンター宛

FAX **06-6844-8778**

TEL 06-6853-2090 (直通)

06-6853-2001 (代表)

受付時間： 平日 9:00~18:00

(木曜日のみ 9:00~17:00)

〒 番 号 :

ご 住 所 :

医 療 機 関 名 :

電 話 番 号 :

FAX 番 号 :

医 師 名 :

担 当 者 名 :

● 診察券 (有・無)	ID番号										
診療科											
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 整形外科											
主訴											
フリガナ		男	生年月日	大	・	昭	・	平	・	令	
氏名		女		年		月		日		歳	
住所											
電話番号											
資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他 ()										
来院予定者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> きょうだい ()										
<small>(本人と家族3名まで)</small>	<input type="checkbox"/> その他 ()										
以下の点について患者本人の同意を得た上でセカンドオピニオンを申し込みします (必ず内容を説明し、患者本人の同意を得た上で☑を入れてください)											
<input type="checkbox"/> 他院 (医) の苦情 (不平・不満等) をお聞きするものではありません。											
<input type="checkbox"/> 投薬・検査等はいりません。											
<input type="checkbox"/> 当院へ転院するための外来ではありません。											
<input type="checkbox"/> 料金 (全額自己負担) 初めの1時間 : 22,000円 (税込) 以降30分毎 : 11,000円 (税込) (相談時間は、事前の資料検討・医師との相談・現主治医への返書作成の合計時間となります)											
<input type="checkbox"/> 通常の外来時間とは別枠で、医師と調整の上で予約をお取りします。											
<input type="checkbox"/> ご本人が来られない場合、委任状 (刀根山医療HPに様式あり) とご家族の身分証明書をお持ちください。											
都合が悪い日											

※診療情報提供書 (原本)、資料は**予約日前日までに**地域ネットワークセンターまで郵送いただくようお願い致します。