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。

〒 番 号：

ご 住 所：

医療機関名：

電話番号：

FAX 番号：

医 師 名：

担当者名：

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）

|  |
| --- |
| 診療科* 呼吸器内科　　□　呼吸器腫瘍内科　　□　脳神経内科　　□　呼吸器外科　　□　整形外科
 |
| 主訴 |
| フリガナ |  | 男　女 | 生年月日 |
| 氏 名 |  | 年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳 |
| ● 診察券 （ 有　 ・ 　無 ） 　　ＩＤ番号（　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　 |
| 住 所 |  |
| 電話番号 |  |
| 資　料 | □X 線 　□CT 　□MRI 　□検査データ 　□その他（　　　　　　　　　 ） |
| 来院予定者(本人と家族3名まで) | □本人　　　　□配偶者　　　　□子　　　　□きょうだい（　　　　　　　　）□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）* 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。
* 投薬・検査等は行いません。
* 当院へ転院するための外来ではありません。

□　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）□　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。□　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。