

国立病院機構 大阪医療センター セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者氏名

(フリガナ) 患者さまの氏名・性別	【ID番号】 (フリガナ)) 氏名 様 (男・女)
生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生(歳)
患者さまの住所・連絡先	〒 — T e l — — (携帯) F a x — — Eメール @
(フリガナ) ご相談者の氏名・続柄	(フリガナ)) 氏名 ご本人・家族(続柄)
ご相談者の住所・連絡先 【患者さま以外の場合にご記入ください。】	〒 — T e l — — (携帯) F a x — — Eメール @
ご相談の希望日	月 日から 月 日まで
ご相談の希望診療科(専門領域)	科()
疾患名	# 1. # 2. # 3.
ご相談の具体的な内容(ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です)	
主治医の医療機関名・お名前・所在地・電話番号 (お分かりになる範囲で結構です)	() 病院・診療所 () 科() 先生 所在地 〒 — 電話番号 — —

【確定内容(病院記載欄)】

相談日時	令和 年 月 日() 時 分
担当医	科 先生
相談場所	診療科診察室 ・ その他()

*ご相談当日には、紹介状及び出来る限りの検査資料をお借りしてお持ちください。

*料金は30分まで10,000円、30分超60分まで20,000円(消費税別)。全額自費で健康保険は適用されません。

*ご相談日はご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

国立病院機構 大阪医療センター 地域医療連携室 FAX 06-6946-3517