

近畿大学病院  
セカンドオピニオン申込書

【紹介元】

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

TEL・FAX

担当科

医師氏名

希望の方式	<input type="checkbox"/> 来院によるセカンドオピニオン 60分 33,000円（消費税込み）	<input type="checkbox"/> オンラインセカンドオピニオン 60分 44,000円（消費税込み）
相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 人数（ ）	

フリガナ	明・大・昭・平・令	男・女
患者氏名	年 月 日生（ ）歳	受診歴
住所	TEL（ ）	有・無
相談診療科	科	先生
病名		
持参資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 画像（フィルム・CD） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
全身状態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり	

※本書とセカンドオピニオン同意書、診療情報提供書送付して下さい。手続き後に「予約確認票」を返信致します。

以下の項目を必ず患者さんに確認の上、□にチェックしてください。

- 診察ではなく、専門医としての意見の提供のみ  
患者の同意有 告知済み  
患者本人が来院されない場合にお持ちいただくもの  
・代理相談者の身分証明書（運転免許証など）  
・患者との続柄を確認できるもの（健康保険証など）  
※オンラインセカンドオピニオンの場合は、コピーをご郵送ください。

※担当医と調整の上候補日をお知らせいたします。お返事に日数を要しますのでご了承ください。

ご都合の悪い日時をご記入ください。

代理相談者氏名 続柄（ ）

連絡先電話番号

送付先

近畿大学病院 地域連携課  
〒589-8511 大阪狭山市大野東377-2  
TEL (072) 366-0257  
月～金 9:00～17:00、土 9:00～12:00

FAX

072-365-7161

\*FAX受付は24時間可能です。