

# 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

医療機関の名称

及び所在地

TEL・FAX

担当科名

医師氏名

フリガナ 患者氏名	明・大・昭・平・令 様	年 月 日生 ( ) 歳	男・女
住所	TEL ( )		当院の受診歴 有・無
相談希望科	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"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 入院中 来院方法 ( )	

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。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 診察ではなく、専門医としての意見の提供のみ   | <input type="checkbox"/> 60分 33,000円(消費税込み) |
| <input type="checkbox"/> 患者の同意有  | <input type="checkbox"/> 告知済み               |
| <input type="checkbox"/> 患者本人が来院されない場合にお持ちいただくもの<br>・患者との続柄を確認できるもの(健康保険証など)<br>・代理相談者の身分証明(運転免許証など) | <input type="checkbox"/> 来院予定者・人数 ( )       |

**連絡事項** 担当医と調整のうえ、候補日をお知らせします。  
ご都合の悪い日時等があればご記入ください。

代理相談者氏名 続柄 ( )

連絡先電話番号

※担当医師と調整のうえ日時を決定するため、お返事に日数を要しますのでご了承ください。

本書とセカンドオピニオン同意書、診療情報提供書を送付してください。本書を受信、手続き後に「受付確認票」を返信致します。

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) 366-0221 (内線 2375)

【予約受付時間】月～金9:00～16:00、土9:00～12:00

FAX

072-365-7161

※ FAX 受付は24時間可能です。