

# 近畿大学奈良病院 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

方式	来院による対面式セカンドオピニオン 60分以内 22,000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	大・昭・平・令	男・女
患者氏名	年 月 日生（ ）歳	
住所	〒	受診歴
	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「受付確認票」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）

※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

近畿大学奈良病院 患者支援センター  
〒630-0293 奈良県生駒市乙田町1248番地1  
TEL (0743) 77-0880  
月～金 9:00～17:00、土 9:00～12:00

FAX

0743-77-0902

\*FAX受付は24時間可能です。