

天理よろづ相談所病院 セカンドオピニオン外来申込書

(医療機関からのみ申し込みできます)

下記事項に同意の上、以下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。

※各項目をご確認のうえ、全ての項目にチェックを入れてください。

チェック欄

訴訟目的、診察目的の申し込みではないこと	⇒ 確認しました	☐
当院が定めた金額（26,400円/60分以内・税込）を支払うこと	⇒ 確認しました	☐
申込内容によりお断りする場合があること	⇒ 確認しました	☐

令和 年 月 日 申込者氏名（自署）

■ 申込者（患者さん）の情報

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男 ・ 女	T・S・H・R 年 月 日（ 才）
当院受診歴	無 ・ 有 → 「有」の場合、当院の患者番号を記入：		
住 所	〒	電話①	（ ）
		電話②	（ ）
希望診療科 ※1 診療科のみ	☐ 呼吸器内科 ☐ 消化器内科 ☐ 乳腺外科 ☐ 心臓血管外科 ☐ 泌尿器科 ☐ 小児科（親権者： ） ☐ 精神神経科（白川分院で実施）		
相 談 内 容 ※裏面記入可			
都合の悪い日時			

■ 代理の場合 ※2 親等以内に限る。本人が来院する場合は記入不要。

私はセカンドオピニオン外来受診を申し込み、下記の者が代理人として意見を求めることに同意します。

代理人氏名（続柄） （ ） （ ） （ ）

令和 年 月 日 申込者氏名（自署）

■ ご紹介の医療機関の情報 ※下記項目は、受付後に医療機関のご担当者様にご記入ください。

医療機関名		ご担当者名：
		貴部署名：
住 所	〒	TEL： （ ）
		FAX： （ ）
送付資料 ※FAX不要	☐ X 線 ☐ CT ☐ MR ☐ 内視鏡 ☐ 超音波 ☐ 心電図 ☐ 検査記録 ☐ その他： _____ ※上記の資料は、申込書（原本）と診療情報提供書とともに医療機関様から当院にご郵送ください。 宛 先 〒632-8552 奈良県天理市三島町 200 番地 天理よろづ相談所病院 地域医療連携担当	