

令和2年6月

セカンドオピニオン事務ご担当者様

公益財団法人天理よろづ相談所病院  
患者総合支援センター

## セカンドオピニオン外来申し込み方法等の変更について

平素は当院の診療にご協力をいただき誠にありがとうございます。

さて、当院のセカンドオピニオン外来ですが、令和2年6月1日より下記のとおり手続き方法等を変更いたします。紹介元医療機関様におきましてはご協力をお願いする形となりますが、ご理解の程よろしくお願い申し上げます。

### 手続き方法等

- ① 申し込みされる方ご自身で当院所定の申込書を用意し、紹介元医療機関様に提出していただきます。
- ② 紹介元医療機関様は、申込書とセカンドオピニオン診療情報提供書、検査データを当院に郵送してください。 ※FAXの送信は不要です。
- ③ 当院担当医が対応可能な内容かを判断し、申し込みされた方にご連絡いたします。
- ④ 予約票を申し込みされた方と紹介元医療機関様に送付します。
- ⑤ セカンドオピニオン外来当日、患者さんは料金支払い後に担当医と面談します。
- ⑥ 返書は、当院から紹介元医療機関様にご送付いたします。

### 料金等

- 面談時間 : 60分以内 ※延長できません
- 面談料金 : 26,400円(税込) ※予約日当日、面談前のお支払いとなります
- 実施診療科 : 呼吸器内科、消化器内科、乳腺外科、心臓血管外科、泌尿器科、腎透析科、小児科、精神神経科 ※精神神経科は白川分院での面談となります

### その他

#### 申込書等の送付先とお問い合わせ先

〒632-8552 奈良県天理市三島町200番地  
天理よろづ相談所病院 患者総合支援センター 地域医療連携担当  
・電話番号 : 0743-63-5611 (代表) 内線 : 3113

#### セカンドオピニオン外来全般に関するお問い合わせ先

天理よろづ相談所病院 患者総合支援センター セカンドオピニオン外来担当  
・電話番号 : 0743-63-5611 (代表) 内線 : 7190

#### 申込書等

天理よろづ相談所病院ホームページ URL : [https://www1.tenriyorozu.jp/gairai/second\\_opinion](https://www1.tenriyorozu.jp/gairai/second_opinion)  
※上記アドレスで表示できない場合 → [https://www.tenriyorozu.jp/gairai/second\\_opinion](https://www.tenriyorozu.jp/gairai/second_opinion)

# 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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
申込内容によりお断りする可能性があること	➡ 確認しました	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 腎透析科 <input type="checkbox"/> 小児科 (親権者： ) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> その他： _____ ※上記の資料は、申込書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。 <input type="checkbox"/> 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	

申込者 記入欄

医療機関 記入欄