

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をご記入ください。

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 (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。 <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