

三菱京都病院 セカンドオピニオン外来申込み書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分に理解し、特に訴訟等の目的に利用しないこと
及びセカンドオピニオン料として定められた費用(保険適用外)を支払うこと等に同意の上
下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます

| | | |
|------------|--|---------------------------|
| 患者氏名等 | フリガナ (氏名) 男・女 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) |
| 相談者 | フリガナ (氏名) 男・女 | 患者との続柄 本人・家族 () |
| | 住所 | 〒 - |
| | 連絡先 | TEL () FAX () |
| 現在の状況 | 病院名 | 通院中・入院中・その他 () |
| | 診療科 | |
| | 病名 | |
| 提出できる検査資料等 | <input type="checkbox"/> 紹介状 (診療情報提供書) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム (CT等含む) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 相談したい内容 | | |

*太線内記入のうえ、郵便もしくは直接持参により、お申し込みください。

*以下は、病院側の記入欄ですので記入しないでください。

| | | | |
|------|-----|------|--------------|
| 相談可否 | 可・否 | 否の理由 | 診療科部長 確認欄 |
|------|-----|------|--------------|

| 申込み書受理 | 担当診療科 | 相談予約日時 | 相談者への連絡 | 備考 |
|------------------|-------|-------------------|------------------|----|
| 年 月 日 () 受理者 | 医師名 | 年 月 日 () 時 分~ | 年 月 日 () 連絡者 | |