

第一東和会病院 地域連携室 セカンドオピニオン申込書

<紹介元>

平成 年 月 日

医療機関名			
診療科・医師名			
所在地			
TEL・FAX			
相談希望科	科	先生	
病名			
全身状態	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 入院中 ()	来院方法
フリガナ		M・T・S・H	性別
氏名	様	年 月 日生 (歳)	男・女
住所	TEL ()		当院の受診歴
持参資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 画像(フィルム・CD-R) <input type="checkbox"/> その他()		

以下の項目を必ず患者さまに確認の上□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
- 1時間 10,800円
- 患者さまの同意あり
- 告知済み
- 来院予定者・人数 ()
- 患者さまが来院されない場合にお持ちいただくもの
 - ・患者さまと確認できるもの(戸籍抄本など)
 - ・ご相談者の身分証明ができるもの(運転免許証・パスポートなど)

特記事項

貴院確認者 所属 _____
氏名 _____

*担当医師に直接連絡をとって日時を決定するため、すぐに返信できない場合もございますのでご了承ください。

本書をFAX送信してください。受信後、受付確認表をFAXいたします。

診療情報提供書(紹介状)・セカンドオピニオン同意書・セカンドオピニオン外来問診票をご記入頂き、地域連携室にFAX送信して頂きますとともに、原本を患者さまにお渡しください。

本書送信先 FAX 072-671-1090

医療法人東和会 第一東和会病院 地域連携室
〒569-0081 高槻市宮野町2番17号
TEL: 072-671-1118 (直通)
Email: ten-001@towa-med.or.jp

地域連携室 受付時間
平日 8:30~20:00
土曜 8:30~17:00