**第一東和会病院　セカンドオピニオン申込書**

＜紹介元＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | |  | | | | |
| 診療科・医師名 | |  | | | | |
| 所在地 | |  | | | | |
| ＴＥＬ・ＦＡＸ | | TEL　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | |
| 相談希望科 | | 科 | | 先生 | | |
| 病名 | |  | | | | |
|  | | | | |
| 全身状態 | | □寝たきり　□車いす　□独歩 | | | □入院中 | |
| フリガナ |  | | 生年月日 | | | 性別 |
| 患者氏名 | 様 | | 年　　月　　日（　　　歳） | | | 男 ・ 女 |
| 患者住所 |  | | | | | 当院の受診歴 |
| ＴＥＬ　　　（　　　） | | | | |  |
| 持参資料 | □診療情報提供書　□画像（フィルム・ＣＤ－Ｒ）　□その他（　　　　　　　　　） | | | | | |
| □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 | | | | | |

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　１０，０００円（税別）

　　□　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

　　　・患者さまとのご関係が確認できるもの（戸籍謄本など）

　　　・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）

貴院確認者　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

※担当医師に確認後、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。本書と診療情報提供書をＦＡＸしてください。調整後に予約票をＦＡＸ致します。

**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　　　　地域連携室　受付時間

〒569-0081 高槻市宮野町２番１７号　　　　　　　　　平日　８：３０～１９：００

　　ＴＥＬ直通 ０７２－６７１－１１１８　　　　　　 土曜　８：３０～１７：００

　　ＴＥＬ代表 ０７２－６７１－１００８