

大阪市立大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来申込書 〔 問合せ番号 — 〕

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分理解し、特に訴訟等の目的に使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うえ、下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます。（費用1件32,400円（税込）） ※太線枠内記入のうえ、郵便（〒545-8586 大阪市阿倍野区旭町1-5-7 セカンドオピニオン外来担当）もしくは直接持参によりお申込みください。

患者氏名	フリガナ (氏名) 男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 西暦 年 月 日 歳
	連絡先住所 〒 —		連絡先電話番号
相談者	フリガナ (氏名) 男・女	患者との続柄	本人 家族 ()
	連絡先住所 〒 —		連絡先電話番号
現在の状況	(病院名) 通院中・入院中・その他 () (診療科名) (病名)		
相談目的			
提出できる資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状（診療情報提供書等） <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム等（CT等含む） <input type="checkbox"/> その他 ()		
相談したい内容			

※以下は病院側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

申込書受理	担当診療科・医師	相談予約日時	相談者への連絡	相談料
年 月 日	(診療科)	年 月 日	年 月 日	(説明) <input type="checkbox"/> 完了
(受理者)	(医師名)	時 分	(連絡者)	(徴収) <input type="checkbox"/> 完了

大阪市立大学医学部附属病院
セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者さま氏名）_____は、本同意書を持参しました

（ご相談者）_____に対して、貴院担当医師が私の疾患に

ついでの治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、私の主治医

あての報告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

患者さま氏名 _____ ⑩

生年月日（大正、昭和、平成、西暦）
_____年 月 日生

〔※ 家族であることを証明できるもの（健康保険証、免許証等）を必ず持参して
ください。〕