

## セカンドオピニオン外来 申込書

セカンドオピニオンの趣旨を十分に理解し特に訴訟など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（保険適応外）を支払うことを同意のうえ、下記のとおり申し込みます。

申込記入日 年 月 日 \*太線枠内ご記入下さい

患者氏名	氏名 男・女	生年月日 西暦 年 月 日 歳
	〒 住所	電話 携帯
相談者	氏名 男・女	生年月日 西暦 年 月 日 歳
	〒 住所	電話 携帯
医療機関	病院名 診療科名	
病名		
入通院状況	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
相談内容		
提出資料	<input type="checkbox"/> 紹介状（診療情報提供書） <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像CD-R <input type="checkbox"/> その他（ ）	

確定内容（病院記載欄）

相談日時	
担当医	
相談場所	

（一財）大阪府結核予防会 大阪複十字病院