

JCHO大阪病院 セカンドオピニオン予約申込書

地域医療支援センターFAX : 06-6441-0512

申込日

年

月

日

紹介元	医療機関名		医 師 名											
	住 所		電話番号											
			FAX											
患者	ふりがな					男 女	生年 月日	大正・昭和 平成・令和 西暦 年 月 日						
	お名前							電話番号	— —					
	JCHO大阪病院 受診歴 (旧 大阪厚生年金病院)		☐ 有り ➡ 診察券番号											
			☐ 無し ☐ 不明											
希望診療科						希望医師								
		※ 整形外科はお受けしていません												
相談者	☐ 本人 ☐ 家族 ※同意書が必要です		ご都合の悪い日											
ご相談内容：(患者さんにご確認のうえ、お選びください)														
☐ どの治療を選ぶか相談したい ☐ 提示されている治療でよいか相談したい														
☐ 現在の治療法以外の方法がないか相談したい														
☐ その他()														
患者さんから同意を得た項目にチェックしてください。(1つでもチェックがない場合は予約をお受けできません)														
☐ 診察ではなく意見の提供のみであること														
☐ 訴訟の目的に使用しないこと														
☐ 保険適用外となり、30分 22,000円の相談料となること														
☐ 相談は本人または家族から、家族のみの場合は同意書が必要であること														

【 当院記入欄 】

担当診療科・医師	科	医師
相談日時	年	月 日 () :

JCHO大阪病院 地域医療支援センター
06-6441-5463(直通)
06-6441-5451(代表)