# JCHO大阪病院　セカンドオピニオン予約申込書

**地域連携室FAX ： 06－6441－0512**

申込日　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 紹介元 | 医療機関名<br><br>住　　所 | | 医 師 名<br><br>電話番号<br><br>FAX | | |
| 患者 | ふりがな | | 男<br>女 | 生年月日 | 大正 ・ 昭和<br>平成 ・ 令和<br>西暦　　年　　月　　日 |
| | お名前 | | 電話番号 | ー　　ー | |
| | JCHO大阪病院 受診歴<br>（旧 大阪厚生年金病院） | ☐ 有り ➡ 診察券番号 ☐☐☐☐☐☐－☐<br>☐ 無し　☐ 不明 | | | |
| 希望診療科 | ※ 整形外科はお受けしておりません | | 希望医師 | | |
| 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 地域連携室
06-6441-5463（直通）
06-6441-5451（代表）