

高槻赤十字病院 セカンドオピニオン予約申込書

様式一②

地域医療連携課行 FAX 072-695-0054

申込日 年 月 日

紹介元医療機関名: _____ 住所: _____

TEL: _____ FAX: _____ 担当: _____

診療科/医師名 _____ 科 / _____ 先生

都合の悪い日 _____ なし・あり (_____)

〔患者情報〕

氏名	フリガナ -----	性別	男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)		
住所	〒 _____	当院の 受診歴 有・無	有・無・不明
TEL	_____		
面談者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者本人と家族 <input type="checkbox"/> 患者家族のみ(続柄: _____) ※代理面談同意書が必要です	入院外来 区分	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院

〔面談内容に関すること〕 本申込書と一緒に診療情報提供書を必ずFAXしてください。

面談希望科	科 _____	希望医師 _____	医師 _____
	※1) 下記診療科一覧をご参照ください。		※指定がない場合は未記入でお願いいたします
病 名			
提供資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
面談内容	具体的にご記入ください。		

医療機関様へ〔以下内容につき必ず患者様にご説明・ご確認の上、□にチェックしてください〕

- 当院での治療や転医を目的としない。
- 訴訟を目的としない。
- 患者本人の同意を得ており、且つ面談者が家族のみの場合は身分証明書が必要。
- 健康保険適用外、1時間以内20,000円(税別)・以後30分毎に10,000円(税別)

(貴院確認者) ご所属 _____

氏名 _____

※1) 診療科一覧

- ・血液内科 ・糖尿病・内分泌・代謝内科 ・リウマチ膠原病科
- ・循環器内科 ・消化器内科 ・脳神経内科
- ・外科 ・整形外科 ・呼吸器外科 ・呼吸器内科アレルギー科 ・脳神経外科 ・産婦人科
- ・小児科 ・皮膚科 ・形成外科 ・耳鼻咽喉科 ・眼科 ・泌尿器科