

## 住友病院セカンドオピニオン申し込み書

年 月 日

紹介元医療機関情報（現在おかけの医療機関）

医療機関名			
住所			
診療科名		医師名	
TEL		FAX	

※ご送信防止のため、FAX番号はお間違いのないようご記入ください。

患者さま情報

フリガナ		性別	男・女
氏名		当院受診歴	有・無
生年月日	T・S・H・R	年 月 日	( 歳)
住所	〒		
TEL			
全身状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 独歩		
相談希望科（担当医）			
病名			
ご相談内容			
提供可能な診療情報	診療情報提供書・血液検査・MRI・CT・内視鏡 その他（ ）		
相談希望日	第1希望（ 月 日）・第2希望（ 月 日）		
相談者	ご本人 ・ 代理人のみ		
その他 （患者様に確認の上、 <input type="checkbox"/> に チェックを入れてください）	<input type="checkbox"/> 相談料は30分以内税込22,000円、30分を超え60分まで税込33,000円 <input type="checkbox"/> 訴訟目的に使用しない <input type="checkbox"/> 診察ではなく、意見の提供のみ		

※本書受領後に担当医師と協議の上、相談の可否、相談日時等を決定いたしますので、返信には数日を有する場合がございます。

相談の可否、相談日時が決定し次第『セカンドオピニオン外来予約のお知らせ』をFAXにてご連絡いたします。

予約申込先 お問合せ先	<b>FAX 06-6447-3052</b>
	一般財団法人 住友病院 地域医療連携室 〒530-0005 大阪市北区中之島5-3-20 TEL 06-6447-3031 受付時間 平日（月～金）8:30～16:45 FAXは24時間受付可