

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	M・T・S・H・R	年 月 日	(才)
住所	〒		
TEL			
相談希望科（担当医）			
病名			
ご相談内容			
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		
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）		

※診療科毎に相談日時を設定していますので、案内等でご確認ください。

※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。

【申込書送付先・お問合せ先】

FAX 06—6447—3052

一般財団法人 住友病院 地域医療連携室 セカンドオピニオン外来事務局

〒530-0005 大阪市北区中之島5-3-20 TEL06-6447-3031

受付時間 平日（月～金）8:30～15:30 FAXは24時間受付可