**大阪大学医学部附属病院**

**①**

**オンラインセカンドオピニオン　 予約申込書（医療機関専用）**

患者包括サポートセンター　**FAX 06-6879-5390**TEL 06-6879-5090

申込日　令和　　年　　月　　日

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　 　所属科

所　在　地

担当医師

TEL　　　　　　　　　　　　　　　  **ご担当者（連絡窓口）**  　 FAX

[患者様データ]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 生年月日 | 大･昭　　　 年 　 　月　　 　日平･令　　　　　　 （　　　　歳） | 男女 |
| TEL |
|  |  |  |
| **ご相談の具体的な内容** |  |
| **希望診療科** | ＊下記の診療科一覧をご参照ください。 | **希望****医師** |  |
| **患者さんは以前に阪大病院の受診歴がありますか？　　　□　はい　　□　いいえ****「はい」の場合は診察券番号がわかればご記入ください**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | － |  |  |  |  | － |  |

**資料に☑印****□　診療情報提供書　　□ CD-R　　□ 脳波　　□ その他（　　　　　　　　　　）****□　プレパラート（注：☑なく郵送いただいても診れません。担当医の判断によりお借りすることになれば、担当医宛事前郵送となります）** |
| 　その他 | ご都合の悪い日　　　　　　　　　　　　　 | 患者さんに確認のうえ、全てチェックしてください**□1時間　50,600円 　□訴訟の目的にしない****□相談は本人または家族　　□診察ではなく、意見の提供のみ** |

**＊　対象となる診療科**

消化器内科

総合診療科

小児外科

泌尿器科

産科・婦人科

感染症内科