

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	フリガナ	生年月日	大・昭	年	月	日	男女
			平・令		(歳)	
		TEL					
体的な内容	ご相談の具						
希望診療科	* 下記の診療科一覧をご参照く		医希望				
患者さんは以前に阪大病院の受診歴がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>							
資料に <input checked="" type="checkbox"/> 印							
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> その他()							
<input type="checkbox"/> プレパラート(注: <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1時間 50,600円 <input type="checkbox"/> 訴訟の目的にしない <input type="checkbox"/> 相談は本人または家族 <input type="checkbox"/> 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