

大阪大学医学部附属病院

①

セカンドオピニオン外来 予約申込書(医療機関専用)

保健医療福祉ネットワーク部 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 _____ 担当者 _____ FAX _____

[患者さんデータ]

氏名	フリガナ	生年月日	大・昭 年 月 日	男女
			平・令 (歳)	
		TEL		
なご 内容 相談 の 具 体的				
診療科 希望	* 下記の診療科一覧をご参照ください。	医師 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○印 (X線・CT・MR・内視鏡・超音波・心電図・検査記録・その他)				
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 33,000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 <input type="checkbox"/> 同意書(代理同意書)当日持参		

* 診療科

内科

消化器内科

糖尿病・内分泌・代謝

呼吸器内科

免疫内科

循環器内科

腎臓内科

神経内科・脳卒中科

血液・腫瘍内科

老年・高血圧内科

漢方内科

外科

消化器外科

心臓血管外科

乳腺・内分泌外科

呼吸器外科

小児外科

眼科

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

整形外科

皮膚科

形成外科

脳神経外科

麻酔科

産科・婦人科

小児科

泌尿器科

放射線診断・IVR科

放射線治療科

紹介状(診療情報提供書) (紹介元医療機関の様式でも可)

②

大阪大学医学部附属病院

セカンドオピニオン外来

令和 年 月 日

_____ 科

_____ 先生様

紹介元医療機関の 所在地及び名称	
電話番号(連絡先)	
診療科	
担当医師	

患者さんの氏名、性別	_____ 殿 (男、女)
生年月日(年齢)	(大正、昭和、平成、令和) 年 月 日生 (歳)
疾患名	1. 2. 3.
重症度分類、ステージなど	
現病歴 (ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には別紙 でも結構です。)	
現在の治療内容、処方内容	
今後の治療方針	

(患者さんが来られる場合)

相談同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿

私は、貴病院セカンドオピニオン外来を別紙申込書により申し込み、下記事項に同意いたしました。

1. 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
2. 訴訟の目的に使用しないこと
3. 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

令和 年 月 日

患者さん氏名 _____ 印

同席者氏名 _____

(患者さんとの続柄 _____)

同席者氏名 _____

(患者さんとの続柄 _____)

同席者氏名 _____

(患者さんとの続柄 _____)

代理相談同意書

令和 年 月 日

大阪大学医学部附属病院長 殿

患者さん^{ふりがな}氏名: _____ 印

住 所 : _____

電 話 番 号 : _____ (_____)

私は、貴病院セカンドオピニオン外来を別紙申込書により申し込み、下記事項に同意いたしました。

1. 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
2. 訴訟の目的に使用しないこと
3. 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

また、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持参させ、大阪大学医学部附属病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

代理相談者

氏 名	患者さんとの続柄	連絡先(TEL・FAX など)

* 注1: 患者さんご本人の直筆でご記入をお願いいたします。但し、自筆困難な場合は、代筆で結構です。

* 注2: 相談者は、相談者本人を証明するもの(保険証、運転免許証等)をご持参ください。