

セカンドオピニオン利用申込書

【患者様ご記入欄】

受付 年 月 日

フリガナ		生年月日
氏名	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日 ()歳
フリガナ		
ご家族 氏名	続柄 ()	
住所・TEL	〒 - TEL: () ()	
受診中の 病院・診療科	病院 医院	科
簡単な症状・お聞きになりたいこと		
ご希望される診療科		
科		
ご持参資料 紹介状(セカンドオピニオンを実施した場合は返却いたしません。) レントゲンフィルム(枚) ・ CD-R(枚) その他 ()		
資料返却受領 持参したセカンドオピニオン外来に関する以下の資料を受領しました 資料：紹介状 ・ レントゲンフィルム(枚) ・ CD-R(枚) ・ その他() 年 月 日 受領者氏名 (続柄)		

【病院記入欄】

担当診療科・医師	科	医師
日時・相談場所	年 月 日 ()	
	患者様 ID: (-)	

本制度の費用は、1回33,000円(30分)の相談料となります。
(通常の診療とは異なりますので、健康保険等の対象にはなりません。)

〒543-8922 大阪市天王寺区烏ヶ辻2-6-40

大阪警察病院 地域医療連携センター

受付時間 月～金曜日 9:00～17:00

TEL06-6775-2863 / FAX06-6775-2864

受付担当者

