**セカンドオピニオン申込書**

**京都府立医科大学附属北部医療センター病院長　宛**

**令和　　年　　月　　日　　　　　　　氏　名：**

**【はじめに】**

□費用の説明：全額自費となることの説明。30分以内　10,710円　以後30分ごとに10,710円

□診断や治療についての助言のみ。検査や治療は一切行いません。

□ｾｶﾝﾄﾞｵﾋﾟﾆｵﾝは午後からになります。

□予約日・時間等については当院医師と相談のうえ、折り返しお知らせいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患　者** | ふりがな |  | 性別 | （男・女） | 生年月日 | 年 | 年齢 | (　　歳) |
| 氏　名 |  | 月　日 |
| 住　所 |  | | | | | | |
| **相談者** | ふりがな |  | 性別 | （男・女） | 患者との続柄 |  | 年齢 | (　　歳) |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  | | | | | | |
| TEL | **＊連絡が取れる番号** | | | | | | |
| **相談希望日** | |  | | | | | | |
| **都合の悪い日** | |  | | | | | | |
| **疾　患　名** | |  | | | | | | |
| **ご相談内容** | | **＊診療情報提供書の事前郵送が可能か確認** | | | | | | |
| **主治医情報** | | 医療機関名：　　　　　　　　　　診療科：　　　　　主治医名：  所在地：  TEL/FAX： | | | | | | |

**【確定内容】**

|  |  |
| --- | --- |
| **相談日時** | 令　和　　　年　　　月　　　日（　　　）　ＰＭ　　　：　　　～ |
| **担当医** | 診療科：　　　　　　　科　　　　　　担当医：　　　　　　先生 |
| **相談場所** | □診療科診察室　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　） |

**【備　　考】**

|  |
| --- |
|  |