

神戸大学医学部附属病院
セカンドオピニオン 予約申込書(外来)

地域医療推進室 あて FAX (078)382-5265

※ 以下ご記入のうえ、紹介状(代理受診同意書)を必ず添えてFAX送信ください。

予約専用お問い合わせ先TEL (078)382-5264 予約以外のお問い合わせ先TEL (078)382-6627

申込日 平成 年 月 日

神戸大学医学部附属病院
(希望医師)

紹介元医療機関名

住所 〒

先生

代表 TEL () ー

担当 TEL () ー

※ FAX(必須) () ー

診療科 医師名

申込担当者名

【予約希望診療科】 予約を希望する診療科に○印をつけてください。

内科・内科系	腎臓内科	外科	放射線腫瘍科	外科系	整形外科
	呼吸器内科		小児科		リハビリテーション科
	膠原病リウマチ内科		皮膚科		脳神経外科
	消化器内科		緩和支援治療科		耳鼻咽喉・頭頸部外科
	腫瘍・血液内科		食道胃腸外科		泌尿器科
	血液内科		肝胆膵外科		産科婦人科
	感染症内科		乳腺内分泌外科		形成外科
	漢方内科		心臓血管外科		麻酔科・ペインクリニック科
	総合内科		呼吸器外科		歯科口腔外科
	放射線科		小児外科		

※ 循環器内科、糖尿病・内分泌内科、神経内科、遺伝子診療部、精神科神経科、
眼科、美容外科、救命救急科はセカンドオピニオン外来は行っていません。

【患者さんデータ】 ※ 選択するものは□にレ点を入れてください。太枠内は記入必須です。

氏名	フリガナ	生年月日	明・大	年	月	日(歳)
			昭・平			
	男・女	TEL	()	ー		
疾患名		現状	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 入院中		
		病名告知	<input type="checkbox"/> 告知有	<input type="checkbox"/> 告知無		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	診察券ID番号()				

【ご相談者・ご相談データ等】

氏名	フリガナ	続柄	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族
			<input type="checkbox"/> その他()
	男・女	TEL	() ー
確認事項	※ 患者さんにご確認のうえ、全てチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> ご相談30分ごとに16,200円(自費診療) <input type="checkbox"/> 訴訟の目的にしない <input type="checkbox"/> 交通事故に関する相談ではない <input type="checkbox"/> ご本人が来院されない場合、代理受診同意書を本書と共にFAXして頂ける		
予約希望	<input type="checkbox"/> 出来るだけ早く <input type="checkbox"/> ご希望日なし(依頼日から 2W・3W・1ヶ月・それ以降) ご都合の悪い日時()		
相談内容	(目的、症状、経過 等)		

※ 受付時間(平日 月～金 8:30～17:00)、FAXは24時間受け付けしております。
予約の決定は数日以内にFAXにてお返事いたします。

平成29年6月更新