

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)
 患者支援センター 地域連携部門 予約担当 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)382-5522

申込日 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	腎臓内科	内科系	放射線診断・IVR科	外科系	整形外科
	呼吸器内科		放射線腫瘍科		リハビリテーション科
	膠原病リウマチ内科		小児科		脳神経外科
	消化器内科		皮膚科		耳鼻咽喉・頭頸部外科
	腫瘍・血液内科(*血液データ必須)		食道胃腸外科		泌尿器科
	血液内科(*血液データ必須)		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		美容外科
			呼吸器外科		麻酔科
			小児外科		歯科口腔外科

※ 循環器内科、糖尿病・内分泌内科、脳神経内科、総合内科、遺伝子診療部、精神科神経科、緩和と支持治療科、眼科、救命救急科はセカンドオピニオン外来は行っておりません。

【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	大正 平成 年 月 日 (歳)
			昭和 令和
疾患名	男・女	TEL	() ー
		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 診察券ID番号() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		

【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()
確認事項	男・女	TEL	() ー
		※ 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16,500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 8:30～19:00、土 9:30～12:30(年末年始・祝日は除く))
 (電話対応は平日 月～金 8:30～17:00のみ)
 予約の決定は数日以内にFAXにてお返事いたします。FAX受信は24時間可能です。

2019年12月更新