

# 大阪府富田林病院セカンドオピニオン外来 申込み書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日 氏名

印

患者の氏名	(ふりがな ) (男・女)
生年月日(年齢)	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住 所	〒
相談者の連絡先	TEL ( )
相談者の続柄及び関係	本人・家族・その他( )
疾患名	1 2 3
相談の具体的内容(相談目的・症状・現在までの経過)	
医療機関名 所在地 連絡先 担当科・医師氏名	
富田林病院 受診科・主治医	( )科 ( )医師

## 申し込み次の確認事項

- \* 患者本人以外が来院される際は同意書が必要
- \* 相談費用は自由診療で 30分11,000円 30分超60分まで22,000円(文章料・消費税込み)
- \* 紹介状と疾患の内容が分かる検査資料の準備
- \* 医療事故(訴訟)の相談、紹介元医師の承諾が得られない場合は対象外

大阪府済生会富田林病院 地域医療連携室  
〒584-0082 富田林市向陽台1丁目3番36号  
TEL 0721-29-4469 FAX 0721-29-4448