

セカンド・オピニオン利用申込書

【患者様ご記入欄】

受付 平成 年 月 日

| | | |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| フリガナ | | 生 年 月 日 |
| 氏 名 | 男・女 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| 住所・TEL | 〒 ー TEL : () | |
| 受診中の 病院・診療科 | 病院 | 科 |
| 簡単な症状・お聞きになりたいこと | | |
| ご希望する診療科・医師 | | |
| 科 医師 | | |
| 持参可能な書類 | | |
| 紹介状（診療情報提供書） ・ カルテの写し | | |
| X線フィルム（ CT ・ MRI ・ ） | | |
| 検査データ（ 血液データ ・ ） | | |

【病院記入欄】

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

〒530-8480 大阪市北区扇町 2-4-20
 公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院
 TEL 06-6131-2955 / FAX 06-6312-8620
 地域医療サービスセンター

受付担当者 _____