（様 式 2）

医師所見（セカンドオピニオン）申込書

申込日　　年　　月　　日

大阪急性期・総合医療センター　総長　様

紹介元

医療機関名	
診療科名・医師名	
担当者名	
住所	
TEL・FAX	

下記のとおり申し込みます。

① 患者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	性別	男□	生年月日（満年齢）
			女□	M・T S・H　年　月　日（　歳）
現住所	〒			
連絡先電話番号	（自宅）		（その他）	
②面談者氏名（患者本人以外が面談を受ける場合）	ﾌﾘｶﾞﾅ	患者との続柄		
		他に同席する面談者数		
③現在の診療状況	□外来通院中　□入院中	病院等の名称		

④事前提出できる資料（診療情報提供資料）	□病状説明書（紹介状等）	受領 □
	□検査データ	受領 □
	□レントゲンフィルム（CT等含む）	受領 □
	□その他（　　）	受領 □

⑤所見を求めたい内容（要点を簡単に記入してください）

備　考

※太線枠内は記入しないでください

病院記入欄
申込書受理日
年　月　日
受理者署名
事前資料受理日
年　月　日
受理者署名
担当診療科名
担当医師名
面談予約日時
年　月　日（　） 時　分～
面談者への連絡日
年　月　日
連絡者署名
各科診療情報等引受者
診療科部長引渡し日
年　月　日