

社会医療法人愛仁会 千船病院
セカンドオピニオン 予約申込書 (医療機関専用)
地域医療科 FAX 06-6474-0161 TEL 06-6471-9541(代表)

申込書 年 月 日

千船病院
(希望医師)

紹介元医療機関名

住所 〒

先生

代表TEL () -
担当TEL () -
FAX (必須) () -
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。

<input type="checkbox"/>	循環器内科	<input type="checkbox"/>	腎臓内科	<input type="checkbox"/>	産婦人科
<input type="checkbox"/>	糖尿病内分泌内科	<input type="checkbox"/>	外科	<input type="checkbox"/>	小児科
<input type="checkbox"/>	消化器内科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科
<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科

【患者さまデータ】

氏名	フリガナ	生年月日	明・大	年	月	日 (歳)
	昭・平					
	男・女	TEL	()	-		
ご相談の具体的な内容						
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 ()						

【相談者さまデータ】

氏名	フリガナ	続柄	<input type="checkbox"/> ご本人	<input type="checkbox"/> ご家族
	男・女		<input type="checkbox"/> その他 ()	
		TEL	()	-

【確認事項】

患者さまにご確認のうえ、全てチェックを入れてください。

- ご相談30分ごとに11,000円(税込)(自費診療)
- 相談は本人または家族
- 訴訟の目的にしない
- 診察ではなく、意見の提供のみ
- 交通事故に関する相談ではない
- ご本人が来院されない場合、同意書(代理同意書)を当日持参して頂ける

受付時間(月~土 9:00~17:00)、FAXは24時間受け付けしております。