

## 堺市立総合医療センターセカンドオピニオン外来申込書

セカンドオピニオン外来の趣旨を理解し、訴訟等の目的に使用しないこと及び健康保険適用外（自費料金）であることに同意の上、下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます。

申込年月日 年 月 日

患者氏名	(フリガナ)	性別	生 年 月 日
		男	明治・大正 年 月 日
		女	昭和・平成・令和 ( 歳)
相談者氏名	(フリガナ)	患者との続柄 本人・家族 ( )	
住所	〒	電話番号 (連絡先)	
病名			
現在の状況	入院中 (医療機関名・診療科名 ) 通院中 (医療機関名・診療科名 ) その他 ( )		
相談内容			

### 病院記載欄

相談日時	年 月 日 ( ) 午後 時 分
担当診療科	科 医師
相談場所	

〒593-8304 堺市西区家原寺町1丁目1番1号

堺市立総合医療センター 地域連携センター セカンドオピニオン外来担当

TEL 072-272-1199 (代表) FAX 0120-002-099 (直通)