大阪母子医療センター

セカンドオピニオン申込書

本制度は現在かかっている医療機関の診療に
関する資料を提出して頂く必要があります。

［送信先］母子医療センター　地域医療連携室
FAX：０７２５－５６－７７８５

平成　　年　　月　　日

フリガナ		昭・平	性別
患者氏名	様	年　月　日生（　歳）	男・女
住　所	〒 TEL（　）		当院の受診歴 有・無

面談者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	患者との続柄	
	TEL	面談者数	
返信先	□医療機関　□面談者	TEL　FAX	

現在の診療状況	医療機関名	
	科名・医師名	
	□　外来通院中　　□　入　院　中	

提出できる資料	□病状説明書　□画像(ﾌｨﾙﾑ・CD)　□その他（　）

相談希望科	科　先生
病　名	

＜ご相談の具体的な内容＞

※担当医師と相談のうえ日時を決定するため、お返事に日数を要しますのでご了承下さい
都合の悪い日時等あれば
こちらにお書きください

備考

〒594-1101　大阪府和泉市室堂町 840
地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪母子医療センター
地域医療連携室
TEL:０７２５－５６－９８９０(直通)
FAX:０７２５－５６－７７８５(直通)

※以下の病院記入欄には
記入しないで下さい

※病院記入欄
申込書受理日 年　月　日
受理者署名
事前資料提出 要・不要
事前資料受理日 年　月　日
受理者署名
資料を渡した日 Dr.へ 月　日
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
料金　￥　,
備考

【様式 13】