申込日　　年　月　日

大阪大学歯学部附属病院

セカンドオピニオン（歯科領域）予約申込書兼相談同意書

地域医療連携室　FAX 06-6879-2356　TEL 06-6879-2122

氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	大･昭　年　月　日 平･令　（　歳）	男 女
		TEL	-　-	
		FAX	-　-	
現住所				
ご相談の具体的な内容				
希望診療科		ご都合の悪い日		

患者さんは以前に当院の受診歴がありますか？　□ はい　□ いいえ

「はい」の場合は診察券番号がわかればご記入ください。

同意事項	□「セカンドオピニオン（歯科領域）のご案内」の記載事項に同意し、セカンドオピニオンを申し込みます。 □代理相談 （代理相談者氏名） （患者との続柄） （連絡先）

※病院記入欄	患 者 番 号 担当診療科	担当歯科医 その他連絡事項