

国立病院機構 嬉野医療センター 「セカンドオピニオン申込書」

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意のうえ、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日 氏名 _____

患者様	氏名	(ふりがな _____) _____ 様 (男・女)
	生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
	住所	〒 _____
ご相談者	氏名	_____
	連絡先	TEL : _____ FAX : _____ Email : _____ @ _____
	相談者の続柄	ご本人・ご家族(続柄 _____)
ご相談の希望日		_____年 月 日(時)ごろ
疾患名		#1 _____ #2 _____ #3 _____
ご相談の具体的な内容 (相談目的、現在の病名・病状についての説明、 現在までの経過をご記入ください。)		_____
主治医の医療機関と、お名前・所在地・ 電話番号 (お分かりになる範囲で結構です。)		(_____)病院・診療所 (_____)科 (_____)先生 所在地 _____ TEL : _____

【確定内容(病院記載欄)】

相談日時	_____年 月 日() _____時 分
担当医	_____科 _____先生
相談場所	診療科診察室・その他(_____)

- ※ ご相談当日には、紹介状及び出来る限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。
- ※ 料金は30分間11,000円、30分超60分まで16,500円です。(消費税込み)
全額自費となり健康保険は適用されません。
- ※ ご相談日はご希望に添うように調整いたしますが、他の患者様の治療の都合上、ご希望に添えないことがあります。ご了承下さい。