

セカンドオピニオン相談申込書

訴訟等の目的に使用しない事及び自由診療金として定められた金額を支払う事に同意し、以下の内容で、貴院の「セカンドオピニオン」を申し込みます。

申込日 年 月 日

患者様	ふりがな	生年月日
	氏名	男 (明・大・昭・平) 年 月 日 女 () 歳
	住所 〒	
	自宅電話(- -)	携帯電話(- -)
相談者 (続柄) *患者様ご本人の場合は記載不要です。	ふりがな	生年月日
	氏名	男 (明・大・昭・平) 年 月 日 女 () 歳
	住所 〒	
	自宅電話(- -)	携帯電話(- -)
現在の状況	疾患名: 受診している医療機関 病医院名: 診療科: 科 医師名: 先生 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他()	
相談内容	※相談目的、現病名、症状、現在までの経過をご記入下さい。	

【以下の欄には記入しないでください。当院にて記入致します。】

受付時間	西暦 年 月 日 (曜日)
担当診療科	科 相談医師名
相談日時	西暦 年 月 日 (曜日) 時 分

※相談受付について→月～金(8:30～17:00)となっております。(祝祭日・年末年始を除く)

※相談日について→完全予約制となっております。

※相談日当日について→紹介状・診療情報提供書・画像診断のフィルム・その他検査データをご持参下さい。

※料金について→30分10,000円(税込み)、30分毎に10,000円(税込み)加算されます。

全額自費で健康保険は適用されません。

医療法人友愛会 野尻中央病院
〒886-0212 宮崎県小林市野尻町東麓1176番地 TEL:0984-44-1141/FAX:0984-44-0629