

セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的に使用しないことなど貴院で定められたことに同意のうえ、以下の内容でセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

令和 年 月 日

フリガナ		生年	大 昭						
患者様の氏名		月日	平 令	年	月	日	(歳)	男	女
連絡先・住所	〒 TEL								
当院の診察券	有 ・ 無	(有の場合) ID番号	—						

* 申込者が患者以外の場合

フリガナ		連絡先	〒
申込者氏名		・ 住所	TEL

希望日時	令和 年 月 日 (曜日)	時 頃
------	----------------	-----

* 当院のセカンドオピニオン外来を受診される目的、ご相談内容についてご記入ください。
(用紙が不足した場合は、別紙でも結構です。)

* 現在受診されている病(医)院名、診療科、医師名

病(医)院名			
診療科		医師名	

(当院記載欄)

日 時	令和 年 月 日 (曜日)	時 分
担当医師		
場 所		

- 当日は、紹介状及び検査資料をお借りしてお持ちください
- 料金は30分まで11,000円、以降30分ごとに5,500円です。(税込)
- ご相談日時につきまして、他の患者様の治療の都合等でご希望に沿えない場合がございます。ご了承ください。

国立病院機構 兵庫中央病院 地域医療連携室
〒 669-1592
三田市大原1314
TEL 0120-62-2125
FAX 079-563-4646