

## セカンドオピニオン申込用紙

セカンドオピニオンは、自由診療となっておりますので、予め定められた金額を支払うことに同意の上で、申込を行って下さい。

平成 年 月 日 申込者氏名

患者様	氏名	(フリガナ )			(男・女)	
	生年月日	(大正・昭和・平成)	年	月	日生 (才)	
	住所	〒				
相談者	氏名	(フリガナ )			(男・女)	
	連絡先	TEL: - -				
		FAX: - -				
	E-mail: @					
	続柄	本人 ・ 家族(続柄 )				
相談の希望日		第1希望日	平成	年	月	日( )時ごろ
		第2希望日	平成	年	月	日( )時ごろ
疾患名		#1				
		#2				
		#3				
相談の具体的内容 (相談目的、現病名、症状、現在までの経過等をご記入下さい。)						
主治医の医療機関名と、お名前・所在地・電話番号 (おわかりになる範囲で結構です。)		( )病院 ・ 診療所				
		( )科		( )先生		
		所在地				
		電話番号 - -				

**【以下、病院記載欄】**

相談日時	年	月	日( )	時	分
担当医	( )科		( )医師		
相談場所	( )				

※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持参下さい。

※相談費用は1時間以内10,800円です。1時間を超える場合は、30分毎5,400円を加算。

全額自費で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致しますが、診療などの都合でご希望に添えない事があります。ご了承下さい。

指宿医療センター地域医療連携室 〒891-0498 指宿市十二町4145番地

Tel 0993-22-2231 Fax 0993-22-2772