

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。

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	年	月	日()時ごろ
		第2希望日	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11,000円です。1時間を超える場合は、30分毎5,500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