

石切生喜病院 セカンドオピニオン外来 申込書

相談は診断、治療に関する内容に限ること及び自費として定められた金額を支払うことに同意の上、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。

平成 年 月 日 氏名 _____

患者さまの氏名・性別	(ふりがな _____) 殿 (男・女)
生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 _____
ご相談者の連絡先	TEL: - - FAX: - - E-mail: @ .
ご相談者の続柄	ご本人・家族(続柄 _____)
ご相談の希望日	① 月 日、 ② 月 日、 ③ 月 日
疾患名	# 1 # 2 # 3
ご相談の具体的な内容 (用紙が不足している場合は別紙にお書き下さい)	
主治医の医療機関とお名前・所在地・電話番号(お分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	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、紹介状および出来るかぎりの検査資料をお借りしてお持ち下さい。
- ・料金は30分間 10,500円です(消費税込み、全額自費で健康保険は適用されません)。
- ・ご相談日には希望に添うように調整しますが、他の患者さまの治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがあります。ご了承下さい。

石切生喜病院

地域医療連携室 〒579-8026 東大阪市弥生町18-28 TEL 0729-88-3284
FAX 0729-88-3624