

霧島市立医師会医療センター セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟の目的に使用しないこと及び自由診療料金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を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者氏名

患者様の氏名・性別	(フリガナ) 氏名 (男 ・ 女)
生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
患者様の住所・連絡先	〒
	TEL — — 携帯番号 — —
ご相談者の氏名・続柄	(フリガナ) 氏名 ご本人・家族(続柄)
ご相談者の住所・連絡先	〒
	TEL — — 携帯番号 — —
ご相談の希望日	第1希望日 令和 年 月 日
	第2希望日 令和 年 月 日
	第3希望日 令和 年 月 日
ご相談の希望診療科	科
疾患名	# 1.
	# 2.
	# 3.
ご相談の具体的内容	
主治医の医療機関名と お名前・所在地・電話番号 (お分かりになる範囲で結構です)	(病院・診療所) () 科 () 先生 〒 TEL — —

【確定内容 (病院記載欄)】

相談日時	令和 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お持ちください。

*料金は1時間以内で10,000円(消費税別)です。 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えないことがありますので、ご了承ください。