

日本鋼管福山病院 セカンドオピニオン 申込書

訴訟等の目的に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受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 _____

患者さま	ご氏名	(ふりがな) 様 (男・女)
	生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
	ご住所	〒
ご相談者 (*上記と同じ場合は省略可)	(*ご氏名	
	ご連絡先	(*ご住所 〒 TEL — — FAX — — Email @
	患者さまとの続柄	ご本人・ご家族(続柄)
	(*)ご相談の希望日時	年 月 日(時)頃
医師の希望	医師 注:相談内容から希望の医師から専門医への変更の可能性があります。	
疾患名	#1 #2 #3	
ご相談の具体的内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です)		
主治医の医療機関と、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 ()医師 所在地 TEL — — 資料 <input type="checkbox"/> 手元にある <input type="checkbox"/> これから準備(月 日迄には揃う予定)	

※相談希望日は、月～金曜日の診療日の9:00～12:30、13:30～16:00とさせていただきます。

[確定内容(病院記載欄)]

相談日時	平成 年 月 日(曜日) 時 分
担当医	科 医師
相談場所	診療科診察室・その他()

注1 料金は30分(持参された資料の判読時間を含みます)まで10,500円(税込)、30分を超えると15,750円(税込)(健康保険適用外で全額自費になります)

注2 ご相談日はご希望に添うよう調整いたしますが、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。ご了承ください。

広島県福山市大門町津之下 1844 番地 日本鋼管福山病院 地域連携部 (直通)電話084-945-3091