

独立行政法人地域医療機能推進機構 徳山中央病院 セカンドオピニオン申込書・同意書

- ・ 相談結果を訴訟の目的に使用しないこと、及び自由診療料金として1時間以内33,000円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での相談を申し込みます。
- ・ 私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

令和 年 月 日 ※氏名 ※患者様の自筆でお願いします

患者様	フリガナ 氏名	男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日(歳)
	住所 〒						
	TEL		携帯電話				
ご相談者	フリガナ 氏名	男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日(歳)
	住所 〒						
	TEL		携帯電話				
	ご相談者の続柄		ご本人・ご家族(続柄)				
疾患名							
相談の具体的な内容							
主治医の病院名：()病院・医院・クリニック・診療所							
主治医 : ()科 ()先生							
所在地 :							
電話番号 :							

<病院記載欄> (こちらへの記入は不要です)

相談日時	年	月	日	時	分
担当医	科	医師			
相談場所	科外来診察室 ・ その他()				

* 申込みには、紹介状とできる限りの検査資料が必要です。
例) 血液検査・レントゲン・心電図・超音波・CT・MRI・病理検査の結果など

* 原則、1時間以内33,000円となります。これには報告書作成にかかる時間を含みます。
また、全額自費で健康保険は適応されません。

独立行政法人 地域医療機能推進機構
徳山中央病院 地域連携・医療相談室
〒745-8522 山口県周南市孝田町1番1号

申込電話: 0834-28-4411(代表)
FAX: 0834-28-4510(直通)

文書管理番号: 49-23-004