

小林市立病院
 地域医療連携室 セカンドオピニオン受付 宛
 FAX:0984-23-8226 TEL:0984-23-8225

小林市立病院 セカンドオピニオン 申込書

この度、患者本人(同席する家族を含む。)、委任された相談者ともにセカンドオピニオンの趣旨を理解し、訴訟などの目的に使用しないこと及び定められた自由診療料金を支払うことに同意の上、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日

患者	ふりがな				
	氏名	(男・女)			
	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日生 (歳)			
	住所	〒			
	連絡先	電話番号			
		携帯番号			
FAX番号					
相談者	☐ 本人 ☐ 家族	氏名 (家族の場合)		続柄	
相談者 連絡先	住所	〒			
	連絡先 (日中に確実につながる連絡先)	電話番号			
		携帯番号			
		FAX番号			
ご相談の具体的な内容 (相談目的、現在の病名・病状、現在までの経過など)					
現在の 主治医	病院名				
	所在地				
	電話番号				
	主治医氏名				

- ・現在の主治医にセカンドオピニオンの了解を得てください。
- ・診療情報提供書、検査結果(画像データを含む。)をご郵送ください。
- ・資料到着後、セカンドオピニオンの日程調整をいたします。調整には数日かかりますのでご了承ください。
- ・費用は 30分まで 11,000 円(税込)とし、延長した場合、30分を越える毎に11,000円(税込)の追加料金が生じます。
- ・新たな検査や治療は行いません。
- ・担当医師の許可無く、相談中に相談内容を録音しないでください。
- ・担当医師の許可無く、説明の際に受領した資料を第三者(紹介元医療機関を除く。)へ提出しないでください。