セカンドオピニオン外来　申込書

自由診療の料金として定められた金額を支払うことを了承した上で、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

平成　　年　　月　　日

患者	氏　　名	ふりがな
	生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
	住　　所	〒 電話：
相談者	氏　　名	ふりがな
	住　　所	〒 必ず連絡の取れる電話：
	続　　柄	
疾患名		
診療科 希望日	消化器外科 希望科に〇を付けて下さい 受診希望日（複数日）：	
ご相談内容		
受診している 医療機関	＿＿＿＿＿＿＿＿病院・診療所　＿＿＿＿＿＿科 主治医氏名＿＿＿＿＿＿＿＿	

・　現在受診している医療機関から紹介状と資料をお持ちください。

・　料金は、30 分以内で 11,000 円（税込）情報提供書料を含みます。

（以降 30 分毎 5,500 円追加料金となります。）

南部郷総合病院