

セカンドオピニオン外来申込書

訴訟などの目的に使用しないこと及び保険外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、下記の内容でセカンドオピニオン外来を申し込みます。

平成 年 月 日

県南病院長 殿

相談者氏名 _____ 印 _____

		申込日：平成 年 月 日 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 () 歳
患 者	ふりがな 氏 名	
	住 所 〒 電 話 ()	
相談者 <small>(患者様ご本人の場合、記入不要)</small>	ふりがな 氏 名	相談者の続柄
	住 所 〒 電 話 ()	
疾患名		
相談事項		
現在の状態	通院中・入院中・自宅療養等	
資料経過がわかる資料（紹介状、画像資料、検査結果等）の有無		有 無

保険外診療料金は 30 分につき 10,500 円、以降は 30 分までごとに 5,250 円を加算します。(税込み)

※病院記入欄

セカンドオピニオン外来日	平成 年 月 日	午前・午後 時 分
セカンドオピニオン担当医師	診療科名 科	氏名
申込者への連絡	済 (月 日) ・未	医療法人財団 県南病院