

石切生喜病院 セカンドオピニオン外来 申込書

相談は診断・治療に関する内容に限ること及び自費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。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

患者様の氏名・性別	ふりがな (_____) _____ 殿 (男・女)
生年月日(年齢)	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
ご住所	〒: 住所:
ご相談者の連絡先	TEL: FAX: E-mail: _____ @ _____
ご相談者の続柄	ご本人・家族(続柄 _____)
ご相談の希望日	① _____ 月 _____ 日 ② _____ 月 _____ 日 ③ _____ 月 _____ 日
疾患名	#1 #2 #3
ご相談の具体的な内容 (用紙が不足している場合は別紙にご記入下さい)	
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)	医療機関名: (_____)科 (_____)先生 所在地: TEL: FAX:

【確定内容】病院記載用

相談日時	_____ 月 _____ 日 (_____) _____ 時 _____ 分
担当医	(_____)科 (_____)先生
相談場所	診療科診察室 ・ その他(_____)

- ・ ご相談当日には、紹介状および出来る限りの検査資料をご持参下さい。
- ・ 料金は 30 分 10,000 円 (税抜き) です。全額自費での請求となり健康保険は適用されません。
- ・ ご相談日はご希望に添うように調整しますが、担当医の診療都合もありますので、ご希望に添えない場合もあります。ご了承下さい。

石切生喜病院 地域医療連携室
〒579-8026 東大阪市弥生町 18-28
TEL(直通):072-988-3284
FAX(直通):072-988-3624