国立病院機構南岡山医療センター セカンドオピニオン外来 申込書

控訴等の目的に使用しないこと及び自由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、
以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

令和　　年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日
来院者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	患者との続柄	
患者の 住所・電話番号	〒　　－ 電話番号　　－　　－　　FAX　　－　　－			
来院者の 住所・電話番号 （当院からのご連絡先）	【上記と異なる場合のみ記載してください】　〒　　－ 電話番号　　－　　－　　FAX　　－　　－			

（1）現在の状況（いずれかを〇で囲んでください）

・入院中　　・通院中　　・その他（　　）

（2）入院中（入院した）または通院中（通院した）の病院及び診療科名

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　診療科名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（3）医師に相談したい内容（もしご希望の医師がありましたら、それもお書きください）

病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　希望医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師

（相談内容）

（4）ご希望日（曜日）

①　　月　　日（　　）　　②　　月　　日（　　）　　③　　月　　日（　　）

・申し込みの際、紹介状及び出来る限りの検査資料をご準備ください。

・料金は、1回（1時間限度）１１，０００円（消費税込み）

・全額自費で、健康保険は適用されません。

・電子メールでの受付はしておりません。

【お問い合わせ先】 国立病院機構南岡山医療センター 病診連携室

〒701-0304　岡山県都窪郡早島町早島 4066

TEL 086-482-3031　　FAX086-482-3051

【確定内容（病院記載欄）】

電話受付日	年　月　日	申込書受付日	年　月　日
該当診療科		担当医師	医師
相談時間		相談場所	
備考			