

## セカンドオピニオン外来申込書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと及びセカンドオピニオン料として定められた費用を支払うことに同意のうえ、下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます。

※太線内をご記入のうえ、当日紹介状と一緒に受付に提出して下さい。

申込書記入日 令和 年 月 日

患者氏名	フリガナ 氏名	男・女	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日生	( 歳)
相談者	(患者様ご本人が相談される場合は、記入していただく必要はありません。)				
	フリガナ 氏名	男・女	患者との続柄 本人・家族( )		
	住所 〒 -				
	電話番号 - -				
現在の状況	1. 入院中 (病院名等) 現在の主治医 ( ) 2. 通院中 (病院名等) 現在の主治医 ( ) 3. 自宅療養等				
相談内容					
希望診療科					
提出できる資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム <input type="checkbox"/> その他( )				

※料金は30分まで10,000円(消費税別)、30分超えるときは、30分又はその端数を増すごとに5,000円(消費税別)。全額自費で健康保険は適用されません。

### 病院記入欄

セカンドオピニオン外来決定日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分
セカンドオピニオン外来担当医師	科 氏名
申込者への連絡 済 未	

〒870-1195  
 大分市大字宮崎1509-2  
 大分市医師会立アルメイダ病院  
 TEL : 097-569-3121  
 FAX : 097-569-3316