

国立病院機構 九州がんセンター セカンドオピニオン 申込書

訴訟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受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名

| | | |
|---|---|--|
| 患者様 | 御氏名 | (ふりがな) 様 (男・女) |
| | 生年月日 | (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳) |
| | 御住所 | 〒 TEL: - - |
| 御相談者 | 御住所 (日中に確実につながる連絡先をご記入ねがいます) | 〒 TEL: - - FAX: - - 携帯電話: - - E-mail: @ |
| | 御相談者の続柄 | 御本人・御家族 (続柄) |
| | 御相談の希望日 | 年 月 日 () ~ 年 月 日 () ごろ |
| 疾患名 | # 1 # 2 # 3 | |
| ご相談の具体的な内容 (相談目的、現在の病名・病状についての説明、現在までの経過をご記入ください。) | | |
| 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) | () 病院・診療所 () 科 () 先生 所在地 TEL: - - | |

- * ご相談当日には、紹介状及び出来る限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。
- * 相談時間は1時間(資料閲覧、書類作成時間を含む)を限度とし、料金は一律15,750円(消費税込み)です。相談する医師が2人の場合、2件分の相談(時間は1人1時間を限度)になりますので、2件分の料金31,500円(消費税込み)になります。全額自費で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いたしますが、他の患者さまの治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがあります。また、御相談内容が複数の診療科に関係している場合などでは、資料を預かり、当該の複数の医師で検討して、再度別の日にご説明することもあります。ご了承下さい。
- * 受付時間 9:00~16:00(月~金)