

## 長崎県島原病院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、貴院セカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年 月 日 氏名

患者	(ふりがな) 氏 名	( )	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日( 歳)	男 女
	住 所	〒		TEL ( )	
相談者	(ふりがな) 氏 名	( )	続柄		
	住 所	〒			
	日中確実につながる連絡先をご記入願います	TEL : ( )	携帯 TEL ( )		
		FAX :			
		E. mail :	@		
相談希望日					
疾患名 (疑いを含む)					
希望診療科		脳神経外科 ・ 呼吸器内科 ・ 放射線科 ・ 外科 ・ 血液内科 ・ その他			
具体的な相談内容 (欄が足りない場合は、別紙をつけて下さい)		(相談目的・これまでの病状・経過・入院・手術についてもご記入下さい)			
主治医の医療機関名とお名前・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 (通院・入院) ( ) 科 ( ) 先生 所在地 : 電話番号 ( ) FAX 番号 ( ) E. mail : @			

※診療情報提供書・出来る限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。(郵送されていない場合) ※

相談時間は 30 分 (資料閲覧・書類作成時間を含む) 料金は 11,000 円、以後 30 分に満たない端数を増すごとに 5,500 円 (消費税込) です。

※相談日はご希望に沿うよう調整いたしますが、ご希望に添えないことがあります。ご了承下さい。

※ご記入の上、この申込書をご郵送かファックス下さい。出来ない場合は来院時にお持ち下さい。

※申込書に記入された個人情報については、当院のセカンドオピニオン外来に関する以外に用いたしません。

長崎県島原病院 地域医療支援センター

TEL 0957-63-1145

〒855-0861 長崎県島原市下川尻町7895番地

FAX 0957-63-4864