

大牟田市立病院 セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び病院が定めた料金を支払うことに同意したうえ、貴院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。（*個人のプライバシーをお書きいただきます。FAXで送信される際は、送信前に再度番号の確認をお願いします。）

平成 年 月 日

患者本人署名（原則として18歳未満以外必須） _____ ㊟

本人以外の場合の相談者署名 _____ ㊟

(ふりがな) 患者様の氏名		性別 (男・女)
生年月日(年齢)	生年月日(明治、大正、昭和、平成、西暦) 年 月 日生(歳)	
患者のご住所・連絡先	〒 (-) _____ ☎ - - - - Fax - - - -	
ご相談者氏名	ご本人・家族(続柄)	
ご相談者の住所・連絡先	〒 (-) _____ ☎ - - - - Fax - - - -	
ご相談の希望日時	年 月 日(曜日) 午後 時頃	
疾患名	#1 #2 #3	
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。記入欄不足の場合には別紙にお書きになっても結構です。)		
受診中の医療機関と主治医のお名前	() 病院・医院・診療所 () 科 () 先生 ☎ - - - - Fax - - - -	

【確定内容(病院記載欄)】

相談日時	年 月 日 () 時 分～ 時 分まで
担当医	科 先生
相談場所	科診察室・その他 ()

*相談時間は、原則1時間です。

*料金は、1時間 16,200円(税込)。ただし、超過した30分(30分未満の時間があるときは、その時間は30分とします。)ごとに 5,400円(税込)を加算した額です。全額自費で、健康保険は適用されません。

*ご相談日は、ご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

*ご相談内容によってはお断りすることがありますので、ご了承ください。

大牟田市立病院 地域医療連携室 [〒836-8567 大牟田市宝坂町2丁目19番地1]

☎ 0944-53-1061 (代表) FAX 0944-53-6948 (直通)