

くまもと県北病院 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。

令和 年 月 日

フリガナ			生年月日	年	月	日	歳
患者氏名		男・女					
患者住所	〒			患者連絡先			
フリガナ				患者との続柄		相談者連絡先	
相談者氏名							
疾患名							
相談内容 相談目的							
これまでの経過							
現在の状況							
主治医	医療機関名			診療科		主治医名	
				科		先生	
	所在地					TEL	
告知状況	患者さんは病名を <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> 知っている ・ 知らない </div>						

※セカンドオピニオン外来は、健康保険適用外で自費（30分につき11,000円（税込み））となりますので、ご了承ください。

※患者さんご本人が受診される場合は、相談者氏名、患者との続柄、相談者連絡先の記入は不要です。

※患者さんご本人が受診されない場合は、ご本人からの同意書が必要です。

※現在おかけの主治医の先生にセカンドオピニオンの了解を得てください。

※可能な限り紹介状の送付をお願いします。

受付時間： 8:30～17:00

くまもと県北病院 地域医療連携室

〒865-0005 熊本県玉名市玉名550番地

TEL: 0968-73-5000

FAX: 0968-73-5300