

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（30分以内：11,000円 30分～60分：16,500円）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を申し込みます。

申込日 年 月 日

患者	(フリガナ) 氏名		男 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ()歳
	住所 (連絡先)	〒 電話 ()-()-() FAX ()-()-()			
*患者様ご本人が相談される場合は、「相談者」欄の記入は不要です。					
相談者	(フリガナ) 氏名		男 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	住所 (連絡先)	〒 電話 ()-()-() FAX ()-()-()			
現在の状況	疾患名	1			
		2			
		3			
	紹介元医療機関	医療機関名	病院 医院 診療所		
診療科 主治医名		科 先生			
	住所 (分かる範囲 で結構です)	〒 電話 ()-()-() FAX ()-()-()			
ご相談の具体的内容 (ご自由にお書きください。 別紙でも結構です。) <u>*なるべく詳しく</u> <u>ご記入ください。</u>					

* 本申込書 同意書 主治医からの診療情報提供書 データを郵送してください。
 (送付先：〒034-0093 十和田市西十二番町 14-8 十和田市立中央病院地域医療連携室 セカンドオピニオン係)
 *セカンドオピニオンの日時については、あらためてご連絡いたします。