

セカンドオピニオン申込書

京都府立医科大学附属北部医療センター病院長 宛

平成 年 月 日 氏名: _____

【はじめに】

- 費用の説明: 全額自費となることの説明。30分以内 10,500円 以後30分ごとに10,500円
- 診断や治療についての助言のみ。検査や治療は一切行いません。
- セカンドオピニオンは午後からになります。
- 予約日・時間等については当院医師と相談のうえ折り返しお知らせさせていただきます。

患者	ふりがな		性別 (男・女)	生年月日	年	年齢 (歳)		
	氏名				月		日	
	住所							
相談者	ふりがな		性別 (男・女)	患者との続柄		年齢 (歳)		
	氏名							
	住所							
	TEL	※ 連絡がとれる番号						
相談希望日								
都合の悪い日								
疾患名								
ご相談内容		※ 診療情報提供書の事前郵送が可能か確認						
主治医情報		※ 分かる範囲で可 医療機関名: _____ 診療科: _____ 主治医: _____ 所在地: _____ TEL/FAX: _____						

【確定内容】

相談日時	平成 年 月 日 () PM : ~
担当医	診療科: _____ 科 担当医: _____ 先生
相談場所	<input type="checkbox"/> 診療科診察室 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

【備考】

--