

セカンドオピニオン申込書 兼 同意書

京都府立医科大学附属北部医療センター病院長 宛

年 月 日

氏 名: _____

【注意事項】

費用について：自由診療です。（健康保険適応外）30分以内 10,710円 以後 30分ごとに 10,710円

診断や治療についてのお話しのみとなります。検査や投薬等治療行為は行いません。

セカンドオピニオン外来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、折り返しお知らせいたします。

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	*連絡が取れる番号							
相談希望日									
都合の悪い日									
疾患名									
ご相談内容									
主治医情報		医療機関名：	診療科：	主治医名：					
		所在地：							
		TEL/FAX：							

病院記入欄

【確定内容】

相談日時	年 月 日 () 午後 : ~
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】

--