

セカンドオピニオン申込書 兼 同意書

様式 1

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 11,000 円 以後 30 分ごとに 11,000 円
☐診断や治療についてのお話のみとなります。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								
	T E L	* 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	☐ 診療科診察室 ☐ その他 ()

【備考】

--