

東近江総合医療センター 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。

(申込者)

令和 年 月 日 氏 名 印

患者様の氏名、性別	殿 (男・女)
生年月日(年齢)	(大・昭・平・令) 年 月 日生 (歳)
ご相談者の連絡先	住 所
	電話番号
	FAX番号
ご相談者の続柄	ご本人・ご家族(続柄:)
疾 患 名	#1.
	#2.
	#3.
ご相談の具体的な内容 ご相談したい内容をお書きください。 用紙が不足している場合には、別紙でも結構です。	
主治医の医療機関とお名前、 所在地、電話番号	()病院・診療所
	()科 ()先生
	所在地: 電話番号:

確定内容(病院記載欄)	
相談日時	令和 年 月 日() 時 分
担当医	科 医師
相談場所	()診療科診察室

- * ご相談日当日には、紹介状及び出来る限りの検査資料(画像を含む)をお借りしてお持ちください。
- * 料金は60分まで20,000円(基本料金・税別)、以後30分を超えるごとに10,000円(税別)の追加となります。なお、全額自費で健康保険は適用されません。
- * ご相談日はご希望に添うように調整しますが、他の患者さまの治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

東近江総合医療センター 地域医療連携室 TEL 0748-22-3030
〒527-8505 滋賀県東近江市五智町255 FAX 0748-22-5626