

セカンドオピニオン外来申込書

訴訟など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、下記の内容でセカンドオピニオン外来を申し込みます。

平成 年 月 日

茨城県立中央病院長 殿

相談者氏名 _____ 印

		申込日:平成 年 月 日
患 者	ふりがな 氏 名	生年月日 昭和・平成 年 月 日 () 歳
	住 所 〒 電 話 ()	
相 談 者	ふりがな 氏 名	相談者との続柄
	住 所 〒 電 話 ()	
疾患名		
希望する診療科	科	
相談事項		
現在の状態	通院中 ・ 入院中	
主治医の医療 機関とお名前	() 病院・診療所 () 科 () 先生	
診療経過が分かる資料の有無	紹介状 (診療情報提供書) 画像記録フィルム (MRI 枚・CT 枚・X線 枚) 検査結果 その他 ()	

(注) 料金は 30 分につき 10,800 円です。以降 30 分までごとに 5,400 円を加算します。
画像診断を行った場合は別途料金がかかります。

※病院記入欄

カンドオピニオン外来日	平成 年 月 日	午前 ・ 午後 時
セカンドオピニオン担当医師	() 科	氏名 ()
申込込者への連絡	済 (月 日) ・ 未	