

豊後大野市民病院 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。

令和 年 月 日

患者さん	氏 名	(ふりがな)			
		様 (男 ・ 女)			
	生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)			
	住 所	〒			
	電話番号				
申込者	氏 名				
	患者さんとの続柄	御本人 ・ 御家族 (続柄:)			
	住 所	〒			
	連絡先 <small>(日中に確実につながる連絡先 をご記入願います)</small>	TEL		FAX	
		携帯番号			
疾 患 名		#1			
		#2			
		#3			
ご相談の具体的な内容					
		(相談目的、現在の病名・病状 についての説明、現在までの経 過をご記入ください。)			
主治医に ついて <small>(お分かりになる 範囲で結 構です)</small>	病院・診療所名				
	所在地				
	TEL				
	診療科				
	主治医名				

【確定内容（病院記載欄）】

相談日時	年 月 日 () 時 分
担当医	科 先生
相談場所	診療科診察室・その他 ()

- ① 現在のかかりつけ医の先生にセカンドオピニオンの了解を得てください。
- ② 「診療情報提供書」と「検査、画像等の資料」をご郵送ください。
- ③ 資料到着後セカンドオピニオンの日程調整をさせていただきます。
- ④ 料金は、30分間10,800円(以後、30分毎に5,400円を加算)です。なお、全額自費で健康保険は適用されません。
豊後大野市民病院 地域医療連携室 TEL 0974-42-3121 (代表)
〒879-6695 豊後大野市緒方町馬場276番地 FAX 0974- 42-3085