

大田市立病院 セカンドオピニオン外来 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受診を申し込みます。

※個人のプライバシーをお書きいただきます。FAXで送信されるときは、送信前に再度番号を確認して下さい。

申込日	令和 年 月 日
患者様の氏名・性別	ふりがな 様 (男・女)
生年月日(年齢)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生まれ (歳)
患者様のご住所・連絡先	〒
	TEL
	FAX
ご相談者氏名	代表者 ご本人・ご家族(続柄:)外 名
ご相談者のご住所・連絡先	〒
	TEL
	FAX
ご相談の希望日時	年 月 日 (曜日) 時ごろ
ご相談の具体的内容	
患者様の現在の状況	状況: 入院中・通院中・在宅療養中
	病名: 患者様 知っている・知らない・わからない ご家族 知っている・知らない・わからない
	歩行: 一人で歩ける・車椅子使用・寝たきり
	食事: 普通に食べれる・少し食べれる・食べられない
	主な訴え:
	その他の状況:
	主治医の医療機関名と所在地・連絡先(お分かりになる範囲で結構です。)

※ご相談日の7日前までに、主治医の紹介状(診療情報提供書)を地域医療連携室にご提出下さい(郵送でも可)。

※ご相談日当日には、できる限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。

※料金は1回(30分～1時間程度)16,500円(消費税込み)です。前額自費で健康保険は適用されません。

※ご相談日は、希望に添うように調整いたしますが、ご希望に添えないこともありますので、ご了承下さい。

地域医療連携室 〒694-0063 大田市大田町吉永1428番地3

FAX 0854-84-7199

TEL 0854-84-7195