

国立病院機構 近畿中央呼吸器センター セカンドオピニオン 申込書

当センターセカンドオピニオン実施要項を確認の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申込みます。

年 月 日 氏名 印

患者さまの氏名、性別、生年月日	フリガナ _____様 (男・女) (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生(歳)
患者さまのご住所	〒
ご相談者の氏名、続柄	フリガナ _____様 (男・女) 患者様との続柄 ()
ご相談者のご住所、連絡先	〒 TEL - - FAX - - 携帯 - -
ご相談日について [都合の悪い日時等をご記入ください]	
疾患名	#1. #2. #3.
ご相談の具体的な内容 [ご相談者のお気持ちを自由にお書きください。記入欄が不足の場合は別紙でも結構です]	
主治医の医療機関 お名前、所在地、電話番号	()病院・センター ()科 ()先生 所在地 TEL - -

【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(診)・その他()

- * ご相談当日には、紹介状及び出来る限りの検査資料をお持ちください。
- * 料金は60分まで 27,500円、60分超 33,000円(消費税込み)。全額自費で健康保険は適用されません。
- * 記載された個人情報につきましては、当センターの個人情報保護方針に基づいて適切に処理いたします。