

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 (大正・昭和・平成・西暦) 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 をご記入ください	
疾患名	
ご相談の 具体的な内容	
医療機関 お名前、所在地 電話番号	病院名 () 通院中・入院中・その他 () 診療科・医師名 () 科 () 先生 所在地 TEL - - FAX - -

【 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
*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。