

セカンドオピニオン申込書

訴訟等他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を申し込みます。

令和 年 月 日 氏名 _____

患者様	(ふりがな) 氏名	() 様 (男・女)
	生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
	住所	
相談者	氏名	
	連絡先	電話： — — FAX： — — E-mail： @
	患者様との関係	ご本人 ・ ご家族 (続柄)
疾患名	1 2 3	
ご相談の具体的な内容 (相談目的、現在の病状、現在までの経過等をご記入ください)		
主治医の医療機関名とお名前・ 所在地・電話番号 (お分かりになる範囲で結構です)	() 病院・診療所 () 科 () 先生 所在地 TEL： — —	
ご相談の希望日 (相談の希望日をお書きください)	(第1希望日) 月 日 () (第2希望日) 月 日 () (第3希望日) 月 日 ()	

【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	セカンドオピニオン外来 ・ その他 ()

- * ご相談当日には、紹介状(診療情報提供書)及び出来る限りの検査資料をお借りいただきお持ち下さい。
- * 料金は、30分間 10,000円 (以後、30分毎に 5,000円を加算) (いずれも税別) です。なお、全額自費で健康保険は適用されません。
- * ご相談日は、他の患者様の治療の都合等により、ご希望に添えないことがあります。

大分県立病院 がん相談支援センター TEL 097-546-7062
〒870-8511 大分市大字豊饒(ぶにょう)2丁目8番1号 FAX 097-546-7368