

三原赤十字病院 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（30分10,800円、60分16,200円）を支払うことに同意の上、以下の内容で、三原赤十字病院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者氏名

患者さま	氏名	(ふりがな)	性別	生年月日
			男・女	(大正・昭和・平成)
				年 月 日生(歳)
	ご住所 連絡先	〒 _____ _____ 県		
		TEL :	FAX :	
三原赤十字病院の受診歴		有 (診察券番号 _____) ・ 無し ・ 不明		
ご相談者	氏名	(ふりがな)	患者様との関係	
			本人 ・ 家族 (続柄 _____)	
	ご住所 連絡先	〒 _____ _____		
		TEL :	FAX :	
ご相談内容について	第1希望	平成 年 月 日 (曜日)	時	
	第2希望	平成 年 月 日 (曜日)	時	
	疾患名			
	具体的な内容 (別紙添付も可)			
	主治医の 医療機関	病院・診療所 (_____) 科 担当医 (_____) 所在地 : _____ TEL : _____		
三原赤十字病院 (確定内容記載欄)				
相談日時	平成 年 月 日 時より	~ご確認事項~ ※相談当日には、紹介状及びできる限りの検査資料等をお借りしてお持ちください。 ※料金は、健康保険は適用されませんので、全額自費にてお支払いをお願いいたします。 (料金) 30分まで10,500円、30分超60分まで15,750円 ※相談日はご希望にそえない場合もありますので、ご了承下さい。 FAX 0848-64-8421		
担当科	_____ 科			
医師名				
相談場所	診療科診察室			