

申し込み日 平成 年 月 日

尾原病院  
地域医療連携室宛  
Tel 078-743-1135 Fax 078-743-6680

セカンドオピニオンご相談票

フリガナ \_\_\_\_\_

患者様氏名

\_\_\_\_\_ 男 女 生年月日:M・T・S・H 年 月 日

ご住所

〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

(連絡時間帯: \_\_\_\_\_ 連絡先: \_\_\_\_\_)

現在入/通院中の医療機関名: \_\_\_\_\_

主治医名: \_\_\_\_\_

疾患名: \_\_\_\_\_

相談者: ご本人 ・ 家族 (続柄 \_\_\_\_\_)

その他

○ 相談希望日時

(当院では原則、月～金曜日の午後に予約をさせていただきます。希望日をご記入ください)

① 月 日 (午後 ごろ)

② 月 日 (午後 ごろ)

○ 相談日時決定後の希望する連絡時間: \_\_\_\_\_ 連絡法: 電話・FAX

連絡する相談者名: 本人・家族 ( \_\_\_\_\_ )

○ 主たる相談内容  診断に関する事  治療に関する事

具体的な内容 (病状についての説明、現在までの経過など)、その他特記事項:

○ 受診料: 当初 30 分間 10,500 円、以後 30 分ごとに 5,250 円加算されます(消費税込み)。

全額自費で健康保険は適応されません。

○ 主治医の先生の紹介状または情報提供書、レントゲン写真やCT画像データ、検査所見などを  
ご提出戴くことを原則としております。