

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受診を申し込みます。

平成 年 月 日 申込者氏名 _____

患者さまの <small>(ふりがな)</small> 氏名・性別	(ふりがな _____) 殿 (男・女)
生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
患者さまのご住所・連絡先	住所: 〒 _____ _____ TEL: _____ FAX: _____ E-mail: _____@_____
ご相談者氏名	ご本人・ご家族(続柄 _____)
ご相談者のご住所・連絡先	住所: 〒 _____ _____ TEL: _____ FAX: _____ E-mail: _____@_____
ご相談の希望日	第1希望 年 月 日 () ごろ 第2希望 年 月 日 () ごろ
疾患名	#1 _____ #2 _____ #3 _____
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書き下さい。用紙不足の場合には別紙でも結構です)	
主治医の医療機関名、お名前・所在地・電話番号 (お分かりなる範囲で結構です)	病院・診療所 (_____) 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・その他 (_____)

*料金は40分まで8,400円です。(消費税込み) 全額自費で健康保険は適用されません。

*ご相談日はご希望に添えないことがありますので、ご了承下さい。

市立奈良病院 地域医療連携室 〒630-8305 奈良市東紀寺町1丁目50番1号 FAX: 0742-24-1259