（様式２）

セカンドオピニオン外来申込書

高知赤十字病院　御中

訴訟など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

氏名（相談者）　　印

住所・連絡先　〒

TEL　　（　　）　　FAX　　（　　）

ご相談者の続柄　　□ご本人　　□ご家族（続柄　　）

患者さまの氏名、性別	フリガナ （男・女）
生年月日（年齢）	（明治、大正、昭和、平成）　　年　　月　　日生（　　）歳
ご住所	〒
疾患名	＃１． ＃２． ＃３．
ご相談の具体的な内容 ※時間内でご満足頂ける回答をご提供するため、お聞きになりたいことを具体的にあげてお書き下さい。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。	
主治医の医療機関とお名前、ご住所、連絡先 ※お分かりになる範囲で結構です。	（　　）病院、診療所 （　　）科（　　）先生 住所 TEL

※料金は初めの１時間までが 10,800 円（税込み）となり、時間延長の場合は 30 分毎に 5,400 円（税込み）の追加料金となります。全額自費で健康保険は適用されません。

※相談日当日までに主治医の紹介状及び検査資料等をお借りしてお待ちください。

●確定内容（病院記載欄）

担当医　　科		担当看護師	
相談日時	年　　月　　日（　　時　　分）		
相談場所	（　　）科診察室・その他（　　）		
預かり資料等			