

# 増子記念病院 セカンドオピニオン外来 申込書

令和 年 月 日

## 衆済会 増子記念病院 地域医療連携室 宛

※自由診療で行われる為、健康保険対象外です。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うえ、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。(費用:60分 10,000円 税別)

※セカンドオピニオン外来は、申込書を確認後、担当医師と受入れ可否また、日程等決めさせていただきます。

紹介元 医療機関名	電話番号: FAX:		
診療科	依頼医師		

希望診療科	希望医師	
-------	------	--

ふりがな	性別	生年月日	大正 昭和 平成 令和			
患者氏名	男・女		年 月 日 才			
患者住所	電話番号: 携帯番号:					
当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					

ご相談者の氏名 ※ご相談者が本人の場合は 記入の必要はありません	(ふりがな)
	氏名
続柄	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (続柄: )
住所	TEL 携帯番号

下記内容を基に、医師と受入れ可否相談また、日程等調整を致しますのでご記入ください(または診療情報提供書のFAXをお願いします)

疾患名	①
	②
	③
ご相談内容 (具体的に)	

衆済会 増子記念病院 地域医療連携室 TEL 052-451-1305 FAX 052-451-1347

【受付時間】 月曜日～土曜日の9:00～17:00 (17:00以降及び休診日は、翌診療日の対応となります)