

# 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	TEL	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	TEL	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)