

(別紙4)

### 国立病院機構敦賀医療センター 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。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

患者の氏名・性別	_____	様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生	(歳)
ご住所	〒 _____	
ご相談者の連絡先	TEL _____	
	FAX _____	
ご相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族 (続柄 _____)	
ご相談の希望日	令和 年 月 日頃	
傷病名	#1 _____	
	#2 _____	
	#3 _____	
ご相談の具体的な内容	(ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	
主治医の医療機関名、	( _____ )	病院・診療所
お名前、所在地、電話番号	( _____ ) 科 ( _____ )	先生
(おわかりになる範囲で結構です)	所在地 _____	
	電話番号 _____	

#### [ 確定内容 (病院記載欄) ]

相談日時	令和 年 月 日 時 分
担当医	科 _____ 医師 _____
相談場所	診療科診察室 ・ その他 ( _____ )

ご相談当日には紹介状及びできる限りの検査資料をお借りしてお持ちください。  
料金は30分まで10,000円(本体)(消費税別)です。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うように調整いたしますが、他の患者さんの治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

国立病院機構 敦賀医療センター