

様式1

益田地域医療センター医師会病院セカンドオピニオン外来受診申込書

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、益田地域医療センター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 \_\_\_\_\_

患者様	ふりがな			生年月日	
	氏名			明治・大正 昭和・平成 年 月 日生 ( ) 才	
	住所	〒 -			
相談者	氏名			続柄	本人・家族 ( )
	連絡先	住所 〒 - TEL ( ) - FAX ( ) -			
相談希望日	第1希望日	平成	年	月	日 ( ) 時
	第2希望日	平成	年	月	日 ( ) 時
	第3希望日	平成	年	月	日 ( ) 時
疾患名	#1				
	#2				
	#3				
相談の具体的内容 (相談目的・現病名 症状・現在までの経過をご記入下さい)					
主治医の医療機関名 とお名前		( ) 病院・医院・診療所 ( ) 科 ( ) 先生			

【確定内容 (病院記載欄)】

実施の可否	可・否 (否の場合は、理由書をお書き下さい)	院長確認	担当医確認
相談日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分		
担当医			
備考			

\*ご相談当日には、紹介状及び出来る限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。

\*料金は1時間まで10,500円、1時間を超える場合は30分延長5,250円を加算し最大90分です。(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。

公益社団法人 益田市医師会立  
益田地域医療センター医師会病院

地域医療連携室 〒699-3676 益田市遠田町1917番地2

TEL 0856-22-3611 FAX 0856-22-0407