**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。

　　　年　　　月　　　日　　申込者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 患者さまの・性別 | （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  殿　（　男　・　女　） |
| 生年月日　（年齢） | （明治・大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日生　（　　　歳） |
| 患者さまのご住所・連絡先 | 住所:　〒　　　 －    TEL:　　　　　　　　－　　　　　　　　－  FAX: 　　　　　　　 －　　　　　　　　－  E-mail:　　　　　　　　　　　＠ |
| ご相談者氏名 | ご本人・ご家族（続柄　　　　　） |
| ご相談者のご住所・連絡先 | 住所:　〒　　　 －    TEL:　　　　　　　　－　　　　　　　　－  FAX: 　　　　　　　 －　　　　　　　　－  E-mail:　　　　　　　　　　　＠ |
| ご相談の希望日 | 第１希望　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）ごろ  第２希望　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）ごろ |
| 疾患名 | #1  #2  #3 |
| ご相談の具体的な内容  （ご自由にお書き下さい。用紙不足の場合には別紙でも結構です） |  |
| 主治医の医療機関名、お名前・所在地・電話番号（お分かりなる範囲で結構です） | 病院・診療所  （　　　　　　　　　　）科　　（　　　　　　　　　　　　）先生  所在地  TEL: 　　　　　　　　－　　　　　　　　－ |

**【確定内容（病院記載蘭）】**

|  |  |
| --- | --- |
| 相談日時  担当医  相談場所 | 年　　　　月　　　　日（　　）　　　　　　時　　　分  　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　先生  　診療科診察室・その他（　　　　　　　　　　　　　） |

\*料金は４0分まで8,800円です。（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。

市立奈良病院　患者支援センター地域医療連携課　〒630-8305　奈良市東紀寺町１丁目50番1号　FAX：0742-24-1259