

## 国立病院機構鳥取医療センター 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、セカンドオピニオンにより、貴院担当医師が疾病についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、主治医に報告書が作成されること、ならびに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、以下の内容でセカンドオピニオン外来を申し込みます。

平成      年      月      日                      氏 名    印

患者さまのお名前	フリガナ	男・女	患者さまの生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
相談される方のお名前	フリガナ	患者さまとの続柄		
相談される方のご住所・電話番号 (当院からのご連絡先)	〒                      -                      -                      FAX番号                      -                      -			
<p>(1) 患者さまの現在の状況 (いずれかを○で囲んでください。)</p> <p style="padding-left: 20px;">・ 入院中    ・ 通院中    ・ その他 (                      )</p> <p>(2) 入院中(入院した)または通院中(通院した)病院名及び診療科名</p> <p>(3) 病 名</p> <p>(4) 医師に相談したい内容 (もし具体的な希望医師があればお書きください。)</p>				

- ・ 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ください。
- ・ 料金は、相談1回につき10,800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。
- ・ 電子メールでの受付はしていません。

**【お問い合わせ先】**  
 〒689-0203 鳥取市三津876番地  
 独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター セカンドオピニオン外来受付  
 電話 0857-59-1111 内線(509) FAX 0857-59-1493

-----

**【確定内容(病院記載欄)】**

電話受付日	年 月 日	申込書受付日	年 月 日
担当診療科	担当医師		
相談日時	年 月 日( ) 時 分~ 時 分	場所	
備考			