

舞鶴医療センター セカンドオピニオン外来 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、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 氏名

フリガナ		性別	生 年 月 日	年 月 日
患者氏名		男・女		() 歳
住所・連絡先	〒 -			TEL : () - FAX : () - E-mail : @
ご相談者氏名				本人 ・ 家族 (続柄)
ご相談者の 住所・連絡先	〒 -			TEL : () - FAX : () - E-mail : @
ご相談希望日	_____年_____月_____日 ()			午前 ・ 午後
主治医の 医療機関名・氏名・ 所在地・電請番号	医療機関名 :			
	() 科 () 先生			
	所在地 :			
	TEL : () -			
疾患名	# 1 # 2 # 3			
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。 用紙が不足する場合には別紙でも結構です。)				

【確定内容(病院記載欄)】

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

※この申込書は窓口へご持参いただくか、FAXもしくは郵便にて地域医療連携室までお送りください。

※ご相談日には、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、最初の30分までを11,000円(税込)、以後30分を超えて1時間まで16,500円(税込)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。

独立行政法人国立病院機構舞鶴医療センター 地域医療連携室
〒625-8502京都府舞鶴市字行永2410番地 TEL・FAX : 0773-63-5836