

申込日：平成 年 月 日

国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院

セカンドオピニオン外来 申込書

ふりがな			生 年 月 日
患者氏名	男 ・ 女	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)	
患者連絡先	〒(-) TEL(- -) FAX(- -) 携帯(- -)		
* 相談者氏名		* 患者との続柄	
* 相談者連絡先	〒(-) TEL(- -) FAX(- -) 携帯(- -)		
相談内容			
現在の状況	疾患名 () 入院中 ・ 通院中 ・ 在宅 ・ その他 ()		
今までの経過			
現在の主治医の医療機関名 (お分かりになる範囲で結構です)			
医療機関名 () 診療科 () 主治医名 () 所在地 () TEL ()			

【病院記入欄】

相談日時	平成 年 月 日 () 時 分
担当医	()科 ()先生 相談場所 ()

- ★セカンドオピニオン外来は、自費(30分まで10,800円、30分を超えると30分ごと10,800円加算)となります。予めご了承下さい。
- ★患者様ご本人が受診される場合は、* 相談者氏名、患者との続柄、相談者連絡先 への記入は不要です。
- ★ご本人が受診されない場合は、別紙同意書が必要となります。