

市立岸和田市民病院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病院が定めた料金を支払うことに同意した上、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者氏名 _____

患者氏名（フリガナ）・性別	(男・女)
生年月日（年齢）	(明・大・昭・平・令) 年 月 日
患者住所・連絡先	住所 電話 FAX E-mail
相談者氏名	本人・家族（続柄）
相談者住所・連絡先	住所 電話 FAX E-mail
相談の具体的な内容 (疾患名・治療法など。 用紙が不足している場合には 別紙でも結構です。)	
主治医の医療機関名、所在地、 医師名、電話番号 (わかる範囲で結構です)	

[決定事項（病院記載欄）]

相談日時	
担当医師	
相談場所	

※料金は受診1回につき15000円（税抜）で面談時間は1時間を限度とします。

※相談日等は後日ご連絡いたしますが、担当医師の都合により希望に添えないこともありますのでご了承ください。

市立岸和田市民病院 地域医療連携室 〒596-8501 岸和田市額原町1001
Tel (072)-441-8825 FAX (072) 441-8810