

セカンドオピニオン申込書

令和 年 月 日

(ふりがな)			生年	明・大・昭・平	
患者氏名	(男・女)	月日		年	月 日
現住所	〒 電話番号 () 携帯電話 ()				
相談者氏名		続柄		連絡先	
相談に来られる方	<input type="checkbox"/> ご本人のみ <input type="checkbox"/> ご本人とご家族 <input type="checkbox"/> ご家族のみ				
希望する診療科	診療科				
医師名	医師名				
相談日	第1希望日	月	日 ()	都合の 悪い 日時	
	第2希望日	月	日 ()		
	第3希望日	月	日 ()		
相談内容					
■診断名または症状 (現状でわかる範囲を書いてください)					
■現在かかられている病院名					
■その他 (現在までの経緯や聞きたいことを具体的に書いてください)					

■相談料：1回 11,000円(消費税込)※健康保険適用外となります

■相談時間：1回 30～60分程度を目安

西条中央病院 患者支援センター・地域医療連携室

直通 TEL：0897-47-3768

直通 FAX：0897-47-4761