セカンドオピニオン申込書

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | | | 生年月日 | 明・大・昭・平  　　　　年　　月　　日 | |
| 患者氏名 | (男・女) | | |
| 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 | □ご本人のみ　□ご本人とご家族　□ご家族のみ | | | | | |
| 希望する診療科  医師名 | 診療科 |  | | | | |
| 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