一般財団法人太田綜合病院　附属太田西ノ内病院

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　　印

患者様の お 名 前	（ふりがな）	生年月日	大・昭・平・令 年　　月　　日（　　歳）
相談者氏名		患者様との続　　柄	ご本人・ご家族（　　）
相談者住所	電　話：　　（　　） ＦＡＸ：　　（　　）		
ご相談希望 予約日時	第１希望　　月　　日（　　）　午前・午後　　時		
	第２希望　　月　　日（　　）　午前・午後　　時		

・ご相談の目的

・患者様の現在の状況

入院中　・　通院中　・その他（　　）

・入院先又は通院先

医療機関名：

住　　所：

電　　話：　　（　　）

【確定内容（病院記載欄）】

相談日時	年　　月　　日（　　）　午前・午後　　時　　分～
担 当 医	科　　医師
相談場所	地域医療連携室・その他（　　）

＊ご相談当日には、お借りできる限りの検査資料をお持ちください。
＊料金は３０分ごとに５，５００円（税込）ただし最大で１時間までとなります。※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、都合（他の患者様等の治療）によりご希望に添えないことがありますのでご了承ください。

一般財団法人太田綜合病院　附属太田西ノ内病院　地域医療連携室
〒963-8558　福島県郡山市西ノ内２－５－２０
電　話：０２４－９２５－８８２８（直通）　　ＦＡＸ：０２４－９２５－８８２９（直通）