

## セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的には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、  
下記の内容でセカンドオピニオン外来を申し込みます。

平成 年 月 日

水戸赤十字病院 院長 満川 元一 様

相談者氏名 \_\_\_\_\_

患者	フリガナ 氏 名  (男・女)	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日  ( ) 歳
	住 所 〒 電 話 ( )	
相談者 (本人の場合は 記入不要)	フリガナ 氏 名	相談者の続柄
	住 所 〒 電 話 ( )	
疾患名		【希望する診療科】
現在の状態	入院中 通院中 自宅療養等	
相談事項		
希望外来日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分	
現在受診している 医療機関名と 主治医名と連絡先	( ) 病院・診療所 ( ) 科 ( ) 先生 電 話 ( ) 内線( )	
診療経過が分かる資料の有無	紹介状(診療情報提供書) 画像フィルム(MRI 枚・CT 枚・X線 枚) 検査結果 その他( )	

(注)セカンドオピニオン外来は自由診療となり、料金は30分10,800円で以降30分までごとに5,400円です。

## 【 予約 通知 書 】

下記のとおり診察予約をおとりしました。

セカンドオピニオン予約日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分
セカンドオピニオン担当医	科 医師
相談者への連絡	済( 月 日)・未 担当者

< 申 込 先 > 水戸赤十字病院 地域医療連携課 TEL 029-233-5001

FAX 029-233-3050