国立病院機構熊本医療センター殿

セカンドオピニオン　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」に申し込みます。

平成　　年　　月　　日　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

患者さまの（ふりがな）氏　名・性別	（ふりがな　　） 殿（男・女）
生年月日（年齢）	（明治・大正・昭和・平成）　年　月　日生（　　歳）
患者さまのご住所・連絡先	〒 TEL:　　ー　　ー FAX:　　ー　　ー E-mail:　　@
その他の連絡先	TEL:　　ー　　ー　　氏名　　間柄（　　）
ご相談の希望日	①　　年　　月　　日（　　）ごろ ② ③ ④ ⑤
疾患名	#1　　#2 #3　　#4
ご相談の具体的な内容 （ご自由にお書き下さい。用紙が不足している場合には別紙でも結構です）	
主治医の医療機関と、お名前・所在地・電話番号 （お分かりなる範囲で結構です）	病院・診療所 （　　）科　（　　）先生 所在地 TEL:　　ー　　ー

【確定内容（病院記載欄）】

相談日時	年　　月　　日（　）　　時　　分
担当医	科
相談場所	診療科診察室・その他（　　）

*ご相談当日には、紹介状：診療情報提供書及び出来る限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。
*料金は 30 分間 10,500 円、30 分超毎に 10,500 円追加になります。（消費税込み）
全額自費で健康保険は適用されません。
*ご相談日は他の患者さまの治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがあります。ご了承下さい。
ご希望にそえない場合は、こちらから電話等でご相談させて頂きます。

国立病院機構熊本医療センター
地域医療連携室　〒860-0008　熊本市二の丸 1-5 FAX:096-323-7601