

福山医療センターセカンドオピニオン外来申込書

フリガナ

お名前 _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 才)

現住所 〒 _____

電話番号 () _____

確認事項

①紹介状(必須)

②その他参考となるデータ(レントゲンフィルム等) (有 ・ 無)

③傷病名 _____

④受診中の病院名 _____ 病院・医院

⑤受診中の病院の 主治医 _____ 科 _____ 先生

⑥希望診療科 _____ 科 ・ 医師名 _____

⑦相談内容 _____

⑧来院者 本人 家族 その他()

⑨事前の紹介状等資料の送付について 可能 不可能

⑩その他参考事項 _____

⑪料 金 30分まで11,000円、以降30分まで毎に5,500円
(消費税込み、保険適用外)

⑫受診希望日 1 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日()

2 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日()

* 決定日時 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日() 時

※手術等で日程の調整が困難な場合は後日電話連絡します。