

# セカンドオピニオン外来受診申込書

訴訟など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、鹿児島医療センターのセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者氏名

患者様	氏名	(フリガナ )			(男・女)
	生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 ( 才)			
	住所	〒			
相談者	氏名				
	連絡先	TEL:	-	-	
		FAX:	-	-	
		E-mail:	@		
	続柄	本人・家族(続柄 )			
相談の希望日	第1希望日	令和	年	月	日( )時ごろ
	第2希望日	令和	年	月	日( )時ごろ
	第3希望日	令和	年	月	日( )時ごろ
疾患名	#1				
	#2				
	#3				
相談の具体的内容	(相談目的、現病名、症状、現在までの経過をご記入下さい。)				
主治医の医療機関名と、 お名前・所在地・電話番号 (お分かりになる範囲で結構です。)	( )病院・診療所 ( )科 ( )先生 所在地 電話番号 - -				

## 【確定内容 (病院記載欄)】

相談日時	年 月 日( ) 時 分
担当医	( )科 ( )医師
相談場所	( )

- ※ ご相談当日には、紹介状及び出来る限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。
- ※ 相談費用は、1時間以内11,000円です。1時間を超える場合は、30分毎5,500円を加算。全額自費で健康保険は適応されません。
- ※ ご相談日はご希望に添うように調整いたしますが、診療等の都合でご希望に添えないことがあります。ご了承下さい。

鹿児島医療センター地域医療連携室 〒892-0853 鹿児島市城山町8番1号  
Tel 099-223-1151 Fax 0120-334-476(県外の方099-223-4426)