

市立貝塚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病院が定めた料金を支払うことに同意した上、貴院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

患者氏名 (フリガナ)・性別	様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
患者住所・連絡先	住 所 : T E L : F A X : E-mail :
相談者氏名	本人・家族 (続柄)
相談者住所・連絡先	住 所 : T E L : F A X : E-mail :
相談の具体的な内容 (疾患名・治療方法など。 用紙が不足している場合には 別紙でも結構です。)	
主治医の医療機関名、所在地、 医師名、電話番号 (分かる範囲で結構です。)	

[決定事項 (病院記載欄)]

相談日時	令和 年 月 日 () 時 分～
担当医師	科 医師
相談場所	診察室・その他 ()

※料金は受診1回につき22,000円(消費税込)で、面談時間は原則1時間ですが、超過した場合は30分毎に11,000円(消費税込)が必要になります。

※相談日時は後日ご連絡いたしますが、担当医師の都合により希望にそえないこともありますので、ご了承下さい。

市立貝塚病院 地域医療連携室 〒597-0015 貝塚市堀3丁目10番20号

TEL : 072-438-5522 FAX : 072-438-5511