

さいたま市立病院 セカンドオピニオン外来申込書

様式1

セカンドオピニオン外来のご案内の内容を了承の上、申込みいたします。

申込み年月日 平成 年 月 日

患者様	ふりがな	生年月日		年齢	性別
	氏名 (印)	明・大 昭・平	年 月 日	歳	男・女
相談者	ふりがな	住 所			
	氏名 (印)	〒			
(病 名)	患者様との続柄()	電話番号	()		
現在の患者様の状況 入院中・通院中・在宅・その他()					
ご相談の目的					
今までの経過					
現在の状況					
入院先または通院先等医療機関の住所及び名称 〒					
電話番号 ()					
診療科	科	主治医	医師		

※ 相談当日は、予約時間の30分前に1階医事課入退院室にお越しください。その後、セカンドオピニオン外来相談室へご案内いたします。

※ セカンドオピニオン外来受診前に必ず、かかりつけの主治医に診療情報提供書(紹介状)並びにできる限りの検査資料(レントゲン資料など)を発行されるようお願いの上、相談当日ご持参ください。紹介状及び検査資料が無い場合は、相談をお受けすることはできません。

※ 相談をお受けできる人員は相談室の関係上、相談者を含めて最大3名までとなっております。

※ 相談料金は、ご持参された資料の閲覧及び報告書の作成を含めて
30分まで10,800円 30分を超え60分までで21,600円(税込み)

保険適用外で、全額自費となります。相談時間は、最長で60分とさせていただきます。

さいたま市立病院の記載欄

備考					
相談確定日時	平成	年	月	日 ()	時 分
診療科担当医	科	医師			
患者様または相談者への連絡日	①平成	年	月	日 ()	時 分
	②平成	年	月	日 ()	時 分