

川西市立総合医療センター 患者支援センター 宛

FAX:072-789-8193(直通) TEL:072-789-8194(直通)

川西市立総合医療センター セカンドオピニオン申込書

自由診療料金として定められた金額を支払うこと、及び、訴訟などの目的に使用しないことに同意のうえ、以下の内容で貴センターのセカンドオピニオンに申し込みます。また、医療機関宛ての報告書が作成されることに同意いたします。

※基本料金として、30分10,000円(税込)、それを超える場合は30分毎に追加料金として5,000円が加算されます。(原則、1時間まで)

申込日: 年 月 日

【貴院医療機関情報】

医療機関名				※現在の診療状況	
診療科	科	主治医	先生	( <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 )	
住所	〒 -				
TEL			FAX		

【患者情報】

フリガナ			男 <input type="checkbox"/>	生年月日(西暦)	
患者氏名	様		女 <input type="checkbox"/>	年	月 日

希望診療科	科	希望医師	先生
-------	---	------	----

提供資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査報告書 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
------	--	--	--	--	--

相談内容(該当する項目に☑を付け、具体的な相談内容をご記載下さい。)

- どの治療を選ぶか相談したい
- 現在の治療法以外の方法がないか相談したい
- 掲示されている治療でいいか相談したい
- その他 ( )

<具体的相談内容>

面談調整にあたりご都合がつかない日をご記入下さい。(お返事に数日かかる場合があります。)

- 都合の悪い日はない  右記は不可 ( )