＜様式2＞

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分まで11,000円（税込）、それを超える場合は30分超60分まで16,500円となります。
※整形外科（関節手術センター）の場合は、30分まで33,000円（税込）、30分超60分まで38,500円（税込）となります。
（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	（ □ 通院中　□ 入院中 ）
住所	〒　　－			
TEL		FAX		

【患者情報】

フリガナ		男 □	生年月日（西暦）
患者氏名	様	女 □	年　　月　　日

希望診療科	科	希望医師	先生
提供資料	□ X線　□ CT　□ MRI　□ 内視鏡　□ 超音波　□ 心電図　□ 検査報告書 □ 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（　　）