吉島病院　セカンドオピニオン　申込書

以下の内容に同意した上で吉島病院セカンドオピニオン外来に申し込みます。
1）自由診療として定められた料金を支払います
2）医療事故の相談、医療訴訟の目的には利用しません
3）現在診療を受けている医師の診療情報提供書および必要な検査データー、CD-Rを提供します
4）受診の際に許可無く録音をする事、受領した資料を紹介医師以外の第三者に提供する事はいたしません

申込年月日	年　　月　　日			
患者	フリガナ		性別	男　・　女
	氏名		生年月日	（T　・S　・H　）　年 月　日（　歳）
	郵便番号	〒　　ー	当院受診歴	有　・　無　・不明
	住所			
	連絡先	電話番号	携帯番号	
		FAX		
相談者	フリガナ		性別	男　・　女
	氏名		患者との続柄	
	郵便番号	〒　　ー		
	住所			
	連絡先	電話番号	携帯番号	
現在かかっている医療機関	医療機関名			
	診療科	科	主治医	
	状況	□入院中　□通院中　□その他（　　）		
	TEL		FAX	
疾患名				
ご相談内容（別紙添付可）				

※ご記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用いません。

【吉島病院記入欄】

受付日	年　月　日		
相談日時	月　日（　）　時　分		
担当科		担当医	

【相談時間・料金】

45分11,000円　45分を超える場合16,500円

以後、15分毎に5,500円

吉島病院 地域医療連携室
TEL082-241-2167　FAX082-243-0855