# セカンドオピニオン外来受診申込書

訴訟などの目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、
貴院でのセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者 | 氏　名 | （　男・女　） | |
| | 生年月日 | （Ｍ／Ｔ／Ｓ／Ｈ／Ｒ）　年　月　日　生　歳 | |
| | 住　所 | | |
| 相談者 | 氏　名 | | |
| | 連絡先 | ＴＥＬ：　－　－ | |
| | | ＦＡＸ：　－　－ | |
| | 続　柄 | 本人　・　家族（続柄　） | |
| 相談の希望日 | | 第1希望日 | 令和　年　月　日 |
| | | 第2希望日 | 令和　年　月　日 |
| | | 第3希望日 | 令和　年　月　日 |
| 相談に来られる方 | | ご本人　・　ご本人とご家族様　・　ご家族様　（○で囲んで下さい） | |
| ご　病　名 | | | |
| 相談の具体的内容<br>（相談目的、現病名、症状、<br>現在までの経過をご記入下さい。） | | | |
| 主治医の先生の医療機関名・お名前<br>（お分かりになる範囲で結構です。） | | （　）病院・診療所<br>（　）科　（　）先生 | |

※ ご相談当日には、紹介状及び出来る限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。
※ 相談費用は、30分につき 5,500円です。全額自費で健康保険は適応されません。
※ ご相談日はご希望に添うように調整いたしますが、診療等の都合でご希望に添えない
ことがあります。ご了承下さい。

松山市民病院　地域医療連携室松山市大手町2丁目6番地5
TEL　089-913-0081　FAX　089-913-0083