

## 国立病院機構 滋賀病院セカンドオピニオン申込書

訴訟等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、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏 名 印

患者様の氏名、性別	殿 (男・女)
生年月日(年齢)	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 ( 歳)
ご住所	
ご相談者の連絡先	電話番号
	FAX番号
ご相談者の続柄	ご本人・ご家族(続柄: )
ご相談の第1希望日	平成 年 月 日( )
ご相談の第2希望日	平成 年 月 日( )
ご相談の第3希望日	平成 年 月 日( )
疾 患 名	# 1 .
	# 2 .
	# 3 .
ご相談の具体的な内容 ご相談したい内容を詳しくお書きください。 用紙が不足している場合には、別紙でも結構です。	
主治医の医療機関とお名前、 所在地、電話番号 (お分かりになる範囲で結構です。)	( )病院・診療所
	( )科 ( )先生
	所在地:
	電話番号:

確定内容(病院記載欄)	
相談日時	平成 年 月 日( ) 時 分
担当医	科 先生
相談場所	( )診療科診察室

- \* ご相談日当日には、紹介状及び出来る限りの検査資料をお借りしてお持ちください。
- \* 料金は60分まで21,000円(基本料金・税込み)、以後30分を超えるごとに10,500円(税込み)の追加となります。なお、全額自費で健康保険は適用されません。
- \* ご相談日はご希望に添うように調整しますが、他の患者さまの治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

国立病院機構 滋賀病院 地域医療連携室  
〒527-8505 滋賀県東近江市五智町255 FAX 0748-22-5626