セカンドオピニオン外来申込書

平成　　年　　月　　日

（ふりがな） 患者様氏名	（ 男・女 ）	生 年 月 日	明・大・昭・平 年　月　日
住　所	〒 電話番号：自宅〔　　〕携帯〔　　〕		
相談者氏名		患者様 との続柄	
希望予約日時	第１希望　：　　月　　日　午前・午後　　時頃 第２希望　：　　月　　日　午前・午後　　時頃		
相談に 来られる方	該当される方に〇をつけて下さい。 ご本人　　ご本人と家族　　ご家族のみ		

（ご相談内容）

診断名または症状（現状）

現在通院中の病院名と主治医

ご相談の具体的な内容（必ずご記入下さい）

※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。
※料金は最初の 30 分間 10,500 円、30 分から 60 分まで 21,000 円です。（消費税込み）
※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えるように調整いたしますが、他の患者様の治療の都合もございますので、第１希望、第２希望日を記入下さい。

【 お申込み・お問合せ窓口 】
佐伯中央病院　地域連携・医療介護相談室
TEL：0972-22-8846　FAX：0972-22-8884