Ver. 3

独立行政法人　地域医療機能推進機構　九州病院　セカンドオピニオン申込書・同意書

☐　相談結果を訴訟の目的に使用しないこと、及び自由診療料金として1時間以内22,000円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での相談を申し込みます。

☐　私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

令和　　年　　月　　日　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者さん	フリガナ 氏名	男・女	生年月日	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
	住所　〒 TEL　　FAX			
ご相談者	フリガナ 氏名	男・女	生年月日	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
	住所　〒 TEL　　FAX			
	ご相談者の続柄　　ご本人・ご家族（続柄　　）			
疾患名	（　　）			
相談の具体的な内容	（　　）			

主治医の病院名　（　　）病院・医院・クリニック・診療所
お名前　　（　　）科　　（　　）先生
所在地　　：
電話番号　　：

＜病院記載欄＞　（こちらへの記入は不要です）

相談日時	年　　月　　日　　時　　分
担当医	科　　先生
相談場所	科外来診察室　・　その他（　　）

＊御相談当日には、紹介状とできる限りの検査資料をお持ち下さい。
例）血液検査・レントゲン・心電図・超音波・CT・MRI・病理検査の結果など

＊原則、1時間以内22,000円となります。これには報告書作成にかかる時間を含みます。
また、全額自費で健康保険は適応されません。

独立行政法人　地域医療機能推進機構
九州病院　医療支援部
〒806-8501 北九州市八幡西区岸の浦1丁目8番1号
申込専用電話:　093-641-9675
fax:　0120-229-822