

国保水俣市立総合医療センター セカンドオピニオン外来申込書

下記の内容に同意のうえ、以下の内容のとおり貴院のセカンドオピニオン外来相談を申し込みます。

- ① セカンドオピニオン以外の目的に使用しません。
- ② 自由診療料金（金額自費）として定められた金額を支払います。
- ③ 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。
- ④ 説明の際に受領した資料を本院担当医師の許可なく第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出しません。
- ⑤ 相談中に相談内容を録音しません。
- ⑥ 相談内容によってはセカンドオピニオンを受けることができない場合があることに同意します。

患者様の	（ふりがな）		
	お名前・性別	様（男・女）	
	生年月日（年齢）	大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）	
	ご住所	〒 —	
相談者の	お名前・性別	様（男・女）	
	生年月日（年齢）	大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）	
	患者様との続柄		
	ご連絡先	住所	〒 —
		TEL	（ ）
		FAX	（ ）
Eメール			
病名または症状 （分かる範囲でお書きください。）			
ご相談内容 （ご自由にお書き下さい。用紙が不足する場合は、別紙でも結構です。）			
現在かかられている医療機関名・診療科の医師名	病（医）院名 所在地	科・医師名 （主治医） TEL （ ）	

希望担当医師 無・有（ 科 先生）

第1相談希望日 令和 年 月 日（ ）

第2相談希望日 令和 年 月 日（ ）

第3相談希望日 令和 年 月 日（ ）

※可能な限り紹介状（写）を送付願います。

※この申込書に記入された個人情報、本院セカンドオピニオン外来に関する以外には使用しません。

国保水俣市立総合医療センター

〒867-0041

熊本県水俣市天神町1-2-1

代表 TEL 0966-63-2101

地域医療連携支援室

TEL 0966-61-1382

FAX 0966-63-2167