

広島赤十字・原爆病院 セカンドオピニオン外来 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（30分10,800円、60分16,200円）を支払うことに同意の上、以下の内容で、広島赤十字・原爆病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

申込者氏名

㊞

患者さま	氏名	(ふりがな) _____	性別 男・女	生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日生(歳)
	ご住所 連絡先	〒 _____ 県 _____ TEL : _____ FAX : _____		
	広島赤十字・原爆病院の受診歴		有 (診察券番号 _____) ・ 無し ・ 不明	
ご相談者	氏名	(ふりがな) _____	患者さまとの関係 本人 ・ 家族 (続柄 _____)	
	ご住所 連絡先	〒 _____ TEL : _____ FAX : _____		
	第1希望	平成 年 月 日 (曜日)	時	
第2希望	平成 年 月 日 (曜日)	時		
ご相談内容について	疾患名			
	具体的な内容 (別紙添付も可)			
	主治医の 医療機関	所在地 : _____	病院・診療所 (_____) 科	担当医 (_____)
		TEL : _____		
広島赤十字・原爆病院 (確定内容記載欄)				
相談日時	平成 年 月 日 時より	~ご確認事項~ ※ 相談当日には、紹介状及びできる限りの検査資料等をお借りしてお持ちください。 ※ 料金は、健康保険は適用されませんので、全額自費にてお支払いをお願いいたします。 (料金) 30分まで 10,800円、30分超 60分まで 16,200円 ※ 相談日はご希望にそえない場合もありますので、ご了承下さい。 FAX 082-504-7576 (地域医療連携課)		
担当科	科			
医師名				
相談場所	診療科診察室			