

# 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	生年月日
			男・女	( 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 :

ご相談内容について	第1希望	平成	年	月	日 ( 曜日 )	時
	第2希望	平成	年	月	日 ( 曜日 )	時
	疾患名					
	具体的な内容 (別紙添付も可)					
	主治医の 医療機関	病院・診療所 ( _____ ) 科 担当医 ( _____ ) 所在地 : _____ TEL : _____				

広島赤十字・原爆病院 (確定内容記載欄)		~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 082-504-6676
相談日時	平成 年 月 日 時より	
担当科 医師名	科	
相談場所	診療科診察室	