国立病院機構　宮崎東病院　セカンドオピニオン　申込書

貴院にて、下記患者に関するセカンドオピニオンを受けるにあたり、診断や治療に関する事のみ相談し、治療結果の評価、医療費用の内容、医療給付に関わる事、医療訴訟等の目的に使用しません。

自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意し、貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

申込日　　年　　月　　日

患者氏名・性別	（ふりがな　　） 様（男・女）
生年月日（年齢）	年　　月　　日生（　　歳）
患者住所・連絡先	〒 TEL:　　－　　－ FAX:　　－　　－
相談者氏名・続柄 （相談者が患者本人の場合は省略可）	（ふりがな　　） 続柄（　　）
相談者住所・連絡先 （相談者が患者本人の場合は省略可）	〒 TEL:　　－　　－
疾患名	1）　　3） 2）　　4）
相談内容 （相談目的や現在までの経過等分かる範囲でご記入ください）	
現在の主治医について	医療機関名（　　） （　　）先生 住所: TEL:　　－　　－

＊ セカンドオピニオン当日は、診療情報提供書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 30 分 5,500 円(税込)、以後 30 分毎に 5,500 円(税込)が追加になります。全額自費で健康保険は使用できません。

＊ 相談日は担当医師のスケジュールと他の患者様の治療の都合で日程調整を行います。ご希望に添えない事がありますのでご了承下さい。

【確定内容(病院記載欄)】

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

独立行政法人　国立病院機構宮崎東病院

地域医療連携室　〒880-0911　宮崎市大字田吉4374－1

TEL:0985-56-2311　FAX:0985-56-6733