

## 国立病院機構南九州病院 セカンドオピニオン 申込書

訴訟等の目的にしないこと及び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の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

患者様	御氏名	(ふりがな ) 様 (男・女)		
	生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生( 歳)		
	御住所	〒		
御相談者	御氏名			
	御連絡先	TEL	—	—
		FAX	—	—
		Email	@	
御相談者の続柄	御本人・御家族(続柄 )			
御相談の希望日		年 月 日( )ごろ		
疾患名		#1 #2 #3		
御相談の具体的内容				
主治医の医療機関と、お名前・所在地・電話番号 (お分かりになる範囲で結構です)		( )病院・診療所 ( )科 ( )先生 所在地 TEL — —		

[確定内容(病院記載欄)]

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

- \* ご相談当日は、紹介状(情報提供書)及画像や検査資料等をお持ちください。
- \* 料金は1時間まで10,000円+(消費税)、30分を超える毎に5,000円+(消費税)健康保険適用外で全額自費になります。
- \* ご相談日はご希望に添うよう調整いたしますが、他の患者様の治療の都合もありますのでご希望に添えないことがあります。ご了承ください。

鹿児島県始良市加治木町木田1882番地  
独立行政法人国立病院機構南九州病院

電話 0995-62-2121(代表) 内線 296  
電話 0995-62-3677(直通)  
FAX 0995-63-0840(直通)

\*