

# セカンドオピニオン申込書

年 月 日提出  
受付整理番号

患者名	(フリガナ)	男 ・ 女	1.大正 2.昭和 3.平成 4.令和
			年 月 日生 ( ) 歳
患者連絡先	〒 -		
	電話番号 ( ) -		
相談者氏名	(フリガナ)	男 ・ 女	1.大正 2.昭和 3.平成 4.令和
			年 月 日生 ( ) 歳
続柄			
相談者連絡先	〒 -		
	電話番号 ( ) -		
相談希望日	第1希望日： 年 月 日 ( ) 時より		
	第2希望日： 年 月 日 ( ) 時より		
ご相談の目的			
現在の病名			
現在までの経過			
治療を受けている医療機関名		診療科	主治医

(注意事項)

- (1) ご相談の申し込みの際には、主治医の先生が記載した紹介状（診療情報提供書）及びできる限りの検査資料をお借りしてお持ちください。
- (2) 相談費用は、30分以内11,000円(税込)、1時間以内16,500円(税込)です。全額自費で健康保険は適用されませんのでご注意ください。
- (3) ご相談日はご希望に沿うように調整いたしますが、診察等の都合によりご希望に沿えないことがあります。ご了承ください。
- (4) 相談担当医師の指名はできません。ご了承ください。

ご不明な点は、神代病院 地域医療連携室までお問い合わせください。

〒830-1101 福岡県久留米市北野町中川900-1 TEL 0942-78-3177