

国立病院機構 琉球病院 セカンドオピニオン 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。

本人	氏名	(ふりがな) 様 (男・女)
	生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
	住所	〒
相談者	氏名	
	連絡先	TEL FAX E-mail @
	相談者の続柄	
相談の希望日		年 月 日 () ごろ
疾患名		#1 #2 #3
相談の希望日具体的内容 (相談目的、現在の病名・病状についての説明、現在までの経過をご記入下さい。)		
主治医の医療機関と、名前・所在地・電話番号 (おわ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	年 月 日 () 時 分
担当医	科 医師
相談場所	番診察室・その他 ()

※ご相談当日には、紹介状、できる限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。

※ 料金は60分毎5,500円、以降60分毎5,500円加算(消費税込)全額自費で健康保険は適用されません。

※ご相談日はご希望に添うように調整いたしますが、他の診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。ご了承下さい。

国立病院機構琉球病院
〒904-1201 金武町字金武7958-1

TEL 098-968-2133
FAX 098-968-2679