

国立病院機構 千葉医療センター 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

患者さまの <small>(ふりがな)</small> 氏名・性別	(ふりがな ) 殿 (男・女)
生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 ( 歳)
患者さまのご住所・連絡先	〒 : 住 所 : T E L :           —           — F A X :           —           — E-mail :                           @
ご相談者氏名	ご本人・ご家族(続柄 )
ご相談者のご住所・連絡先	〒 : 住 所 : T E L :           —           — F A X :           —           — E-mail :                           @
ご相談の希望日	年 月 日 ( ) ごろ
疾患名	#1 #2 #3
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です)	
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: T E L :

【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	診療科診察室・その他( )

\*ご相談当日には、紹介状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 分間 11,000 円です。(消費税込み) 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、他の患者さま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。ご了承下さい。

国立病院機構 千葉医療センター

地域医療連携室 〒260-8606 千葉県千葉市中央区椿森 4-1-2 FAX : 043-251-5320