

セカンドオピニオン外来依頼書（FAX送信票）

市立長浜病院

令和 年 月 日

地域医療連携室 宛

※訴訟等の目的に使用しないこと。また、自由診療で行われる為、健康保険適応外です。

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。

（費用：30分で11,000円です。30分を超えるまで毎に5,500円上のせとなります。）

<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関名・医師氏名	TEL () - FAX () -
--	--

<input type="checkbox"/> 診療科 _____ 科 ① _____ ② _____	<input type="checkbox"/> 希望日 _____
---	---------------------------------------

【当院記入欄】			
日 時	平成	年	月 日
診療科			科
医 師			
場 所			

ふりがな		性	
患者氏名		男 女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳	電話番号 () -	
住 所	〒 -	携帯番号 -	

ご相談者の氏名、連絡先 ※ご本人の場合は記入の必要はありません。	氏名 TEL (- -) 携帯番号 (-) FAX () Eメール ()
ご相談者の続柄	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族（続柄 ）
疾患名	1 2 3
ご相談の具体的な内容 ※ 症状経過及び検査結果 ※ 治療経過 ※ 現在の処方	

市立長浜病院 患者総合支援センター 地域医療連携室

FAX (0749) 65-2730

TEL (0749) 65-2720 (直通)

TEL (0749) 68-2300 (代表) (内線 2811)

【受付時間】

- ・午前8時30分～午後5時15分まで
- ・受付後、ご紹介患者様受付票をFAXにて返送します。
 （午後5時15分以降及び休診日は、翌診療日の返送になります。）