

(様式 1)

水戸済生会総合病院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の受診を申し込みます。

申込日 令和 年 月 日 氏名 印

対象者 (患者様)	(フリガナ)		男・女	生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 () 歳
	氏 名				
	住 所	〒 (電話) (FAX)			
相談者	(フリガナ)		男・女	生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日
	氏 名			患者との続柄	ご本人・ご家族(続柄)
	住 所	〒 (電話) (FAX)			
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。ただし、過去の医療に関する事項で主治医等に対する不満、転医希望やカウンセリング若しくは裁判関係や診療録開示に関わる事項はご遠慮ください。別紙でも結構です。)					
現在の状態		1. 入院中(病院名等) 2. 通院中(病院名等) 3. 自宅療養中			
主治医の医療機関等		() 病院 () 科 () 先生 () 先生			
		ご住所・連絡先(おわかりになる範囲で結構です。) 〒 (電話) (FAX)			

(注) 様式は任意のものでも結構です。

※セカンドオピニオン外来は保険外診療となり 1 回 30 分 11,000 円、30 分を超えた場合は、30 分ごとに 5,500 円を負担していただきます(税込み)。

(申込先) 水戸済生会総合病院 地域医療連携室
TEL : 029-254-9067 FAX : 029-254-1637
E-mail renkeishitsu@mito-saisei.jp