

神戸市立医療センター中央市民病院 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下記金額を支払うことに同意のうえ、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

セカンドオピニオン料金 1 時間	22,000円 (税込・返書作成時間含む)
オンラインセカンドオピニオン料金 1 時間	33,000円 (税込・返書作成時間含む)
30分ごとの超過料金	4,600円 (税込)

令和 年 月 日 ご相談者氏名 _____

患者様の、性別	ふりがな _____ 様 (男・女)		
生年月日 (年齢)	(大正、昭和、平成、令和) 年 月 日生 (歳)		
当院の来院履歴	無 ・ 有 →有りの場合は、患者番号 ()		
患者様の 連絡先	ご住所	〒 _____	
	電話番号	TEL ()	—
		携帯 ()	—
FAX ()	—		
ご相談者 の連絡先	ご住所	〒 _____	
	電話番号	TEL ()	—
		携帯 ()	—
FAX ()	—		
ご相談者の続柄	ご本人・ご家族 (続柄 _____)		
疾患名	# 1. # 2.		
ご相談の具体的な 内容 (文章でも箇条 書きでも結構です。 記入欄が不足する 場合は、別紙にご記 入ください。)		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
受診中の医療機関 と主治医のお名前	_____ 病院・医院 _____ 科 _____ 先生 電話 () _____		