

小樽市立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を申し込みます。

平成 年 月 日 申込者氏名 _____

患者	氏名 性別 生年月日	フリガナ 様 (男・女) (大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)	
	住所	〒 -	
	連絡先	TEL (- -) FAX (- -) 携帯 (- -)	
相談者	氏名	続柄	
	住所	〒 -	
	連絡先	TEL (- -) FAX (- -) 携帯 (- -)	
病名	1. 2. 3.		
具体的な 相談内容	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> (御自由にお書きください。用紙が足りない場合は別紙でも結構です。) </div>		
主治医の 医療機関名 氏名			

確定内容 (病院記載欄)

相談日時	平成 年 月 日 () 時 分
担当医	科 医師
相談場所	診療科診察室・その他 ()

* 料金は30分につき10,000円+消費税、以降30分毎に10,000+消費税が追加となります。
* 相談日は御希望に添えないことがありますので、御了承ください。

小樽市立病院 地域医療連携室 (がん相談支援センター)
(TEL) 0134-25-1605 (FAX) 0134-25-1600