

## 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。

令和 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・令和) 年 月 日生 ( 歳)	
	住所	〒 _____	
	連絡先	TEL 自宅・勤務先 ( _____ ) FAX ( _____ ) 携帯 ( _____ )	
相談者	氏名		続柄
	住所	〒 _____	
	連絡先	TEL 自宅・勤務先 ( _____ ) 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;">                 ご自由にお書きください。スペース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及び医師名	( _____ ) 病院・医院 ( _____ ) 科 ( _____ ) 医師		

### 確定内容 (小樽市立病院記載欄)

相談日時	令和 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分まで10,000円+消費税、以降30分毎に10,000円+消費税が追加となります。

\* 相談日時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 患者支援センター (がん相談支援センター)

(TEL) 0134-25-1605 (直通) (FAX) 0134-25-1600