新別府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し、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。並びに主治医あての報告書が作成されることに同意します。

平成　　年　　月　　日

患者様のご氏名・性別	（ふりがな　　） 様（ 男 ・ 女 ）　㊞		
生年月日 （年齢）	（ 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ）　年　月　日生 （　　歳）		
患者様のご住所・連絡先	〒 TEL：　　－　　－ FAX：　　－　　－ E－mail：　　@		
ご相談者に来られる方の ご氏名・続柄	（ふりがな　　） 本人 続柄（　　）	本人と家族共に 氏名　　続柄（　） 氏名　　続柄（　）	ご家族のみ 氏名 続柄（　）
ご相談者のご住所・連絡先 （電話番号は、必ず連絡のとれる番号をご記入下さい。携帯電話でもよいです。）	〒 TEL：　　－　　－　　，TEL：　　－　　－		
疾患名	1）　　3） 2）　　4）		
ご相談の具体的な内容 （ご自由にお書き下さい。用紙が不足している場合には別紙でも結構です）			
医療機関名・主治医名・ 所在地・電話番号 （お分かりになる範囲で結構です）	病院・診療所 （　　）科　（　　）先生 所在地 TEL：　　－　　－		

【確定内容（病院記載欄】

相談日時	年　月　日（　）　時　分	備考
担当医	科	
相談場所	診療科外来診察室 ・ その他（　　）	

＊ ご相談当日には、紹介状、診療情報提供書及び出来る限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。

＊ 料金は 30分 10, 800 円、30 分超過毎に 5, 400 円追加になります（消費税込み）全額実費で健康保険は使用できません。

国家公務員共済組合連合会　新別府病院

〒874-0833　別府市大字鶴見3898番地 TEL：0977-22-0391（病院代表）

FAX：0977-22-1151（地域医療連携室）