

国立病院機構 九州がんセンター 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受診を申し込みます。

平成 年 月 日

患者さん	御氏名	(ふりがな)		
		様 (男・女)		
	生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)		
	御住所	〒		
	電話番号			
申込者	御氏名			
	患者さんとの続柄	御本人・御家族 (続柄:)		
	御住所	〒		
	御連絡先 (日中に確実につながる連絡先 をご記入願います)	TEL	FAX	
	携帯番号			
疾患名	#1			
	#2			
	#3			
ご相談の具体的な内容				
(相談目的、現在の病名・病状 についての説明、現在までの経 過をご記入ください。)				
主治医に ついて (お分かりになる 範囲で結 構です)	病院・診療所名			
	所在地			
	TEL			
	診療科			
	主治医名			

【確定内容 (病院記載欄)】

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

- ①現在おかけの主治医の先生にセカンドオピニオンの了解を得てください。
- ②「診療情報提供書」と「検査、画像等の資料」をご郵送 (宅配便) ください。
- ③資料到着後セカンドオピニオンの日程調整をさせていただきます。御相談内容が複数の診療科に関係している場合などは、当該の複数の医師で検討して、再度別の日にご説明することもあります。ご了承下さい。

*相談時間は原則1時間を限度 (資料閲覧、書類作成時間を含む) とし、料金は16,200円 (消費税等込み) です。やむを得ず1時間を超えた場合は、30分またはその端数を増すごとに5,400円 (消費税等込み) を加算させていただきます。相談する医師が2人の場合、2件分の相談 (1人1時間を限度) ですので、料金は2件分の32,400円 (消費税等込み) になります。全額自費で健康保険は適用されません。

*受付時間 9:00~16:00

国立病院機構 九州がんセンター がん相談支援センター
〒811-1395 福岡市南区野多目3丁目1-1

TEL 092-541-3231
FAX 092-541-3390