

福岡赤十字病院 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金額（※）を支払うことに同意の上、以下の内容で、セカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日 氏名

患 者	フリガナ 氏 名			男 ・ 女
	生年月日	(T ・ S ・ H ・ R) 年 月 日生		歳
	住 所	〒		
相談者	フリガナ 氏 名			
	住 所	〒		
	連絡先	TEL	(自宅) (携帯)	
		FAX		
	患者との続柄	本人 ・ 家族 (続柄 :)		
希望日	第 1 希望	月 日 (午 前 ・ 午 後 ・ 両方可)		
	第 2 希望	月 日 (午 前 ・ 午 後 ・ 両方可)		
	第 3 希望	月 日 (午 前 ・ 午 後 ・ 両方可)		
希望診療科				
疾 患 名				
主治医について	医療機関名			
	診 療 科			
	主 治 医 名			
今までの経過				
相談内容	1 診断や治療の方針が妥当か確かめたい。 2 他の治療法の可能性を知りたい。 3 他の治療期間の可能性を知りたい。 4 その他 ()			

〔福岡赤十字病院 記載覧〕

予約日時		令和 年 月 日 () 曜日 時 分
相談場所		
担当医師	診療科	
	氏 名	

※30分11,000円（税込）、30分を超える分については30分毎に11,000円（税込）が加算されます。
全額自費で健康保険は適用されません。

福岡赤十字病院 地域医療連携室 患者サポートセンター
〒815-8555 福岡市南区大楠3丁目1番1号

TEL 0570-03-1211
FAX 0120-521-992