

(別紙 2)

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、以下の内容で嶋田病院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

ふりがな		生年月日	
患者の氏名		性別	男 ・ 女
患者の住所		患者電話番号	
相談者氏名		患者との続柄	
相談者住所		相談者電話番号	
ご相談希望 日時	第 1 希望	年 月 日 ()	時
	第 2 希望	年 月 日 ()	時
* ご相談内容			
*現在の状況 入院中・通院中・その他 ()			
*入院先又は通院先			
医療機関名 _____			
住所 _____			
電話番号 _____			

嶋田病院記入欄

相談日時	年 月 日 ()	午前・午後	時 分
担当医			
相談場所			

*料金は 30 分 10,500 円 (税込) となります。

*ご相談日は、ご希望に添えない場合がございますのでご了承ください。

医療法人社団シマダ 嶋田病院 医事課
〒838-0141 福岡県小郡市小郡 217-1
Tel 0942-72-2236 (代表) / Fax 0942-72-2259