

飯田市立病院 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受診を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者 氏 名

患者さんの ^(ふりがな) 氏名・性別	() 様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
患者さんのご住所・連絡先	住所: 〒 _____ _____ TEL: _____ FAX: _____
ご相談者氏名	ご本人・ご家族(続柄)
ご相談者のご住所・連絡先	住所: 〒 _____ _____ TEL: _____ FAX: _____
ご相談の希望日	年 月 日 () ごろ
疾患名	#1 #2 #3
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書き下さい。用紙不足の場合には別紙でも結構です)	

*ご相談当日には、紹介状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分まで11,000円、以降30分毎に5,500円(消費税込み)加算されます。全額自費で健康保険は適用されません。

*ご相談日はご希望に添えないことがありますので、ご了承下さい。

飯田市立病院 地域医療連携課 地域医療連携係

〒395-8502 飯田市八幡町438番地

TEL : 0265-21-1255 (代表)

FAX : 0265-21-1229 (直通)