

# 国立病院機構高知病院 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を申し込みます

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印

|                     |                       |       |               |                      |
|---------------------|-----------------------|-------|---------------|----------------------|
| フリガナ<br>患者さんの氏名     |                       | 男・女   | 患者さんの<br>生年月日 | 大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 患者さんのご住所<br>TEL・FAX | 〒 _____               |       |               |                      |
|                     | 携帯電話<br>TEL ( _____ ) | _____ | FAX ( _____ ) | _____                |
| フリガナ<br>ご相談者の氏名     |                       | 男・女   | 患者さんとの<br>続柄  |                      |
| ご相談者のご住所<br>TEL・FAX | 〒 _____               |       |               |                      |
|                     | 携帯電話<br>TEL ( _____ ) | _____ | FAX ( _____ ) | _____                |

|                             |                                    |
|-----------------------------|------------------------------------|
| 患者さんの現在の状況 (いずれかを○で囲んでください) | ・入院中      ・通院中      ・その他 ( _____ ) |
|-----------------------------|------------------------------------|

|                  |  |
|------------------|--|
| 主治医名と<br>その医療機関名 | ( _____ 病院・診療所) ・その他 ( _____ )<br>_____ 科 _____ 医師 |
|------------------|--|

|     |  |
|-----|--|
| 疾患名 |  |
|-----|--|

|   |  |
|---|--|
| 医師に相談したい内容 (もしご希望の医師がありましたら、それもお書きください) |  |
|   |  |

|          |   |
|----------|---|
| ご持参頂ける資料 | 紹介状・採血結果・レントゲン写真 ( CT・MRI・超音波・透視撮影・病理診断結果・その他 ( _____ ) ) |
|----------|---|

- \* 料金は、1回1時間まで11,000円、以降30分毎に5,500円です。(消費税込み)
- \* 全額自費で健康保険は適用されません。また、電子メールでの受付はおこなっておりません。

【お問い合わせ先】  
〒780-8077  
高知県高知市朝倉西町1丁目2番25号  
国立病院機構高知病院 地域医療連携室  
TEL088-828-4465 FAX088-828-4461

【確定内容 (病院記載欄)】

|       |       |        |
|-------|-------|--------|
| 電話受付日 | 年 月 日 | 年 月 日  |
| 担当診療科 |       | 担当医師   |
| 相談時間  | : ~ : | 相談実施場所 |
| 備考    |       |        |