

市立芦屋病院 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、  
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

患者さまの <small>(ふりがな)</small> 氏名・性別	(ふりがな ) ( 男 ・ 女 )
生年月日 (年齢)	( 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 ) 年 月 日生 ( 歳 )
患者さまのご住所・連絡先	住所：〒 _____
	TEL： _____
	FAX： _____
	E-mail： _____@_____
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： _____
	E-mail： _____@_____
ご相談希望日	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)	
主治医の医療機関名、お名前・所在地・電話番号 (お分かりになる範囲で結構です)	_____ 病院 ・ 診療所 ( ) 科 ( ) 先生 所在地 TEL： _____

【確定内容 (病院記載欄)】

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

※ご相談当日には、紹介状及びできる限りの検査資料をお借りいただき、お持ち下さい。

※料金は、最初の 30 分が 11,000 円、以後 30 分毎に 5,500 円です。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。

市立芦屋病院 地域連携室 〒659-8502 芦屋市朝日ヶ丘町 39 番 1 号 (0797) 31-2156