申込日: 令和　　年　　月　　日　　国家公務員共済組合連合会　熊本中央病院

セカンドオピニオン外来　　申込書

ふりがな		生　年　月　日	
患者氏名	男 ・ 女	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　　月　　日（　　歳）	
患者連絡先	〒（　　－　　）　TEL（　　－　　－　　）FAX（　　－　　－　　） 携帯（　　－　　－　　）		
＊ 相談者氏名		＊患者との続柄	
＊ 相談者連絡先	〒（　　－　　）　TEL（　　－　　－　　）FAX（　　－　　－　　） 携帯（　　－　　－　　）		
相談内容			
現在の状況	疾患名（　　） 入院中 ・ 通院中 ・ 在宅 ・ その他（　　）		
今までの経過			

現在の主治医の医療機関名　　（お分かりになる範囲で結構です）

医療機関名（　　）
診療科　（　　）　主治医名（　　）

所在地（　　）
TEL　（　　）

【病院記入欄】

相談日時	令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分
担当医	（　　）科（　　）先生　相談場所（　　）

★セカンドオピニオン外来は、自費【30分まで11,000円（税込）、30分を超えると30分ごと11,000円（税込）加算】となります。予めご了承下さい。

★患者様ご本人が受診される場合は、＊相談者氏名、患者との続柄、相談者連絡先 への記入は不要です。

★ご本人が受診されない場合は、別紙同意書が必要となります。