公益財団法人星総合病院

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事及び自費診療として定められた金額を支払う事に同意の上、以下の内容で星総合病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　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

患者様のお名前		生年月日	T・S・H・R　年　月　日（　歳）
相談者氏名		患者様との続柄	ご本人・ご家族（　　）その他（　　）
相談者住所	〒　　－		
電話番号	－　　－		
ご相談希望日時	第１希望　　年　月　日（　）午前・午後　　時		
	第２希望　　年　月　日（　）午前・午後　　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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院・医院・クリニック

◎　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎　電 話 番 号＿＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（星総合病院記入欄）

相談日時	年　月　日（　）　午前・午後　時　分より
担当医	科　　医師
相談場所	

＊料金は、22,000 円（最大 60 分）となります。

＊ご相談日は、できるだけご希望日で調整致しますが、諸事情により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。

担当窓口

（公財）星総合病院　地域医療連携センター

〒963-8501　福島県郡山市向河原町 159-1

℡　024－983－5512　　FAX　024－983－5513