



徳島大学病院セカンドオピニオン外来申込書

(お申込の際はこの外来申込書と当院FAX予約票の2枚を紹介元よりお送り下さい)

■ FAX 0120-33-5979 ■ セカンドオピニオン外来 TEL 088-633-9654 ■ 予約センター TEL 088-633-9106

私は、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料金を支払うことに同意し、次の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

* セカンドオピニオン外来は、保険適用外です(1時間:30,000円+税)

年 月 日

患者氏名 _____

相談者氏名 _____

セカンドオピニオン外来はご相談対応のみの外来となっております。その後当院で検査や治療をご希望される場合は後日改めてのご予約となります

患者氏名		性別	男	・	女
患者生年月日	西暦	(大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令)	年	月	日
紹介元に	現在 (通院中 ・ 入院中)				
相談者氏名	本人 ・ 家族 (続柄: _____)				
相談者の住所・電話番号	〒	TEL - -			
希望診療科					
疾患					
相談内容 (ご自由にお書き下さい。詳しくは当日までに相談用紙に記入頂いても結構です)					

- 外来申込書はFAX予約票とともに紹介元よりFAXしてもらって下さい。
- 診療情報提供書と検査資料は来院より前に紹介元より郵送してもらって下さい。同意書は来院時にご持参下さい。
- 日程調整をさせて頂いた上で予約日時を決定いたしますのでお返事にはお時間をいただきます。ご了承下さい。

徳島大学病院 セカンドオピニオン外来 〒770-8503 徳島市蔵本町2-50-1