

埼玉県立精神医療センター セカンドオピニオン 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受診を申し込みます。

令和 年 月 日

患者	氏名	(ふりがな) 様 (男 ・ 女)	
	生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)	
	住所	〒 	
相談者	氏名		
	連絡先	TEL (自宅)	
		TEL (携帯)	
		FAX	
相談者の続柄	本人 ・ 家族 (続柄)		
疾患名	#1		
	#2		
	#3		
ご相談の具体的な内容 (相談目的、現在の病名・病状についての説明、現在までの経過をご記入ください)			
主治医の医療機関と、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		

※ご相談当日には、紹介状及び出来る限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。

※料金は 30 分 (資料閲覧、書類作成時間を含みます) までは **11,200 円** です。それ以降 30 分までごとに **5,600 円** が加算されます (消費税込み)。

※全額自費で健康保険は適用されません。

埼玉県立精神医療センター 診療予約担当

TEL 048-723-6803