

## セカンドオピニオン外来予約確認書

医療機関名 \_\_\_\_\_

御担当医名 \_\_\_\_\_ 先生

下記のとおりご予約を承りました。  
内容をご確認の上、患者様にこの用紙と必要な検査データ等をお渡してください。

患者様ご氏名 \_\_\_\_\_ 様 （性別 \_\_\_\_\_）

当院 I D \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 生

外来予約日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ ） 時 \_\_\_\_\_ 分

診療科 \_\_\_\_\_ 科 担当医 \_\_\_\_\_ 医師

当日ご持参していただくもの

- ◇ セカンドオピニオン外来予約確認書（この用紙）
- ◇ セカンドオピニオン診療情報提供書
- ◇ 検査データ
- ◇ レントゲン写真（C T、M R I など）

当日は、 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 頃に「1階 B紹介 受付」にお越しください  
ますようお願いいたします。

※診察当日、診療の状況によっては、診療時間が遅れる場合がありますが、  
ご了承ください。

○料金について（セカンドオピニオンの相談料金は自費となります）

- ・ 30分まで 11,000円、30分を超えると 16,500円です。
- ・ なお、診療行為は行われませんのでご了承ください。

○その他、連絡事項 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

福井県立病院 入退院支援センター

TEL 0776-57-2900

FAX 0776-57-2901