

JA 長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター
セカンドオピニオン 申込書（患者・家族記載用）

お申込日：令和 年 月 日

患者氏名	フリガナ
生年月日（年齢）	大・昭 平・令 年 月 日（ 歳）
ご住所	〒
ご相談者の連絡先	TEL 携帯 FAX
ご相談に来院される方	ご本人 ・ ご家族（続柄 ）
ご相談の具体的な内容	
現在の主治医と医療機関の名前	医療機関名
	診療科
	主治医名
ご都合の悪い日	
主な承諾事項 ※□にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 自由診療として定められた料金を支払います ※30分まで 11,000 円（延長30分まで、追加料金 11,000 円） <input type="checkbox"/> 当院の医師による意見提供のみである（診察・検査はしない） <input type="checkbox"/> 医療過誤・訴訟に関する利用目的ではない

【お申込先】 JA 長野厚生連 佐久総合病院
佐久医療センター 地域医療連携室
385-0051 長野県佐久市中込 3400-28
TEL : 0267-88-7316 FAX : 0267-88-7248