

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し、以下の内容で、貴院の「セカンドオピニオン」に申し込みをします。

平成 年 月 日

患者さんの <small>(ふりがな)</small> 氏名・性別	(ふりがな) 様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
患者様のご住所・連絡先	〒 TEL: — — FAX: — — E-mail: @
その他の連絡先	TEL: — — 氏名 続柄()
ご相談希望日	第1希望日:平成 年 月 日 第2希望日:平成 年 月 日 第3希望日:平成 年 月 日
疾患名	1) 3) 2) 4)
ご相談具体的な内容 (ご自由にお書き下さい。用紙が不足している場合には別紙でも結構です)	
主治医の医療機関名・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: — —

【確定内容(病院記載欄)】

相談日時	年 月 日() 時 分
担当医	科 _____
相談場所	診療科外来診察室・その他()

- * ご相談当日には、紹介状、診療情報提供書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1時間 10,800円、30分超過毎に 5,400円追加になります。(消費税込み)全額自費で健康保険は使用できません。
- * ご相談日は他の患者様の治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがありますのでご了承下さい。ご希望にそえない場合は、こちらから電話でご相談させていただきます。