

セカンドオピニオン外来申込書

自由診療料金として定められた金額(30分11,000円(税込)、それを超える場合は15分毎に追加料金として5,500円(税込)が加算され、最大60分まで)を支払うこと及び訴訟等の目的に使用しないことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来に申し込みます。また、現在かかっている医療機関の主治医宛てに報告書が作成されることに同意いたします。

申込日 令和 年 月 日

患者の氏名	フリガナ
	男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
住所および電話番号	〒
	電話 () FAX
	携帯
相談者	フリガナ 患者様との続柄 氏名
相談者連絡先	〒
	電話 () FAX
	携帯
病名	
医師に相談される内容 (用紙が不足する場合は別紙に記入してください)	(具体的に記入してください)
現在かかっている医療機関と主治医名	医療機関名 : (外来通院中 ・ 入院中)
	医療機関住所 :
	医療機関TEL :
	診療科 :
	主治医名 :
* 当院使用欄	相談日時 場所 : 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分まで
	診療科 : 医師名 :