

セカンドオピニオン外来申込書

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 申込者氏名

| | | | |
|---------------|----------|------|---|
| フリガナ 患者様氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) |
| 住 所 | 〒 - | 電話番号 | - - (携帯) - - |

| | | | |
|----------------|--------------------------------------|---------|--------------------------------|
| フリガナ ご相談者氏名 | 男 ・ 女 | 患者様との関係 | ご本人・家族(続柄:) |
| 住 所 | 〒 - | 電話番号 | - - (携帯) - - |
| 来院される方 | <いずれかを○で囲んで下さい> 患者本人・患者本人と家族・家族のみ | | |

| | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| ご相談内容 (わかる範囲内でできるだけ詳しく記載して下さい) | |
| 病名 (または症状) | |
| 主治医の医療機関名と担当医など (お分かりになる範囲で結構です) | |
| 医療機関名 | 担当医名 |
| 所在地 〒 - | 電話番号 - - |
| 現在までの診断および治療経過 | |
| セカンドオピニオン外来での相談目的 | |
| 相談希望日時 | |
| 第1希望 | 月 日 (曜日) 午前・午後 |
| 第2希望 | 月 日 (曜日) 午前・午後 |
| 第3希望 | 月 日 (曜日) 午前・午後 |
| *ご相談日はご希望に添えないことがありますので、ご了承下さい。 | |

*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1回につき 15,000円(税込)。全額自費で健康保険は適用されません。