

セカンドオピニオン相談申込書

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」を申し込みます。

申込日 年 月 日

患者さん	ふりがな	生年月日
	氏名 男 女	(明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)
	住所 〒 自宅 (- -) 携帯電話 (- -)	
相談者 (続柄) ※患者さん ご本人の場合は 記載不要です。	ふりがな	生年月日
	氏名 男 女	(明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)
	住所 〒 自宅 (- -) 携帯電話 (- -)	
現在の状況	疾患名 : _____ 受診している医療機関 病医院名 : _____ 診療科 : _____ 科 医師名 : _____ 先生 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他 ()	
相談の内容	※相談目的、現病名、症状、現在までの経過をご記入下さい。	

【 以下の欄には記入しないでください。当院で記入致します。 】

受付日時	西暦 年 月 日 (曜日)
担当診療科	科 相談医師名
相談日時	西暦 年 月 日 (曜日) 時 分

- ※ 相談受付は平日 8:30~17:00 となっております。(土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始を除く)
- ※ 相談日は月曜日~金曜日で完全予約制となっております。(土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始を除く)
- ※ 相談日の当日には、紹介状・診療情報提供書・画像診断のフィルム・その他検査データをお持ち下さい。
- ※ 料金は 30 分以内 10,000 円、30 分毎に 10,000 円 (税別) 加算されます。全額自費で健康保険は適用されません。