

セカンドオピニオン外来申込書

申込日 年 月 日

患 者 氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別
フリガナ	明・大・昭・平・令		男・女
	年 月 日		
相 談 者 氏 名	住所・電話番号	年 齢	性 別
フリガナ	住所 〒 -		男・女
	電話番号 - -		
病名			
患者様の現在の状況	入院中 ・ 通院中 ・ その他（ ）		
医療機関名			
診療科			
相談内容（具体的にご記入下さい）			

【病院記載欄】

相談日時	年 月 日（ ） 午前・午後 時 分
担当医	科 医師
備考	

- 以下の内容に同意の上お申し込み下さい
- ・ 現在受診中の病院への訴訟等の目的に使用しないこと。
 - ・ ご相談当日には、現在受診中の主治医の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
 - ・ セカンドオピニオン担当医師が診断及び治療内容、今後の見通しにつき意見判断を述べ、現在受診中の主治医宛に報告書が作成されます。
 - ・ 自由診療の為、健康保険は適用されません。料金は 6 0 分以内¥11,000円となります。