

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料金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を申し込みます。

|                                                                                               |          |           |         |                          |     |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|---------|--------------------------|-----|-------|
| ID:                                                                                           |          | 記入日：西暦    |         | 年                        | 月   | 日     |
| 患<br>者<br>様                                                                                   | 氏 名      |           | 生 年 月 日 |                          | 年 齢 | 性 別   |
|                                                                                               | (フリガナ)   |           | 西暦      |                          | 歳   | 男 ・ 女 |
|                                                                                               |          |           | 年 月 日   |                          |     |       |
|                                                                                               | 住 所      |           |         | 連 絡 先                    |     |       |
|                                                                                               | 〒 -      |           |         | 自宅 ( - - )<br>携帯 ( - - ) |     |       |
| 相<br>談<br>者                                                                                   | 氏 名 (続柄) |           | 生 年 月 日 |                          | 年 齢 | 性 別   |
|                                                                                               | (フリガナ)   |           | 西暦      |                          | 歳   | 男 ・ 女 |
|                                                                                               | ( )      |           | 年 月 日   |                          |     |       |
|                                                                                               | 住 所      |           |         | 連 絡 先                    |     |       |
|                                                                                               | 〒 -      |           |         | 自宅 ( - - )<br>携帯 ( - - ) |     |       |
| (病 名) #1<br>#2<br>#3                                                                          |          |           |         |                          |     |       |
| 患者様の現在の状況 ※いずれかを○で囲んでください ・入院中 ・通院中 ・その他( )<br>(具体的な相談内容) ※ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。 |          |           |         |                          |     |       |
| (入院先または通院先)<br>主治医の医療機関名:<br><br>診療科目: 主治医:                                                   |          |           |         |                          |     |       |
| 【確定内容(病院記載欄)】                                                                                 |          |           |         |                          |     |       |
| 相 談 日 時                                                                                       |          | 年 月 日 ( ) |         | 時 分                      |     |       |
| 診 療 科 担 当 医                                                                                   |          | 科         |         | 医師                       |     |       |
| 相 談 場 所                                                                                       |          |           |         |                          |     |       |

※ 相談日が決まりましたら、相談日までに「診療情報提供書(紹介状)」、「画像診断や検査結果のデータ」を事前に  
当院に持参または郵送してください

※ 料金は、最初 20 分まで 10, 000 円(消費税別)、以降 10 分追加毎に 5, 000 円(消費税別)加算となります。  
文書の場合は、1 回 15, 000 円(消費税別)となります。費用は全額自費となり、健康保険は適用されません。

※ 相談日は担当医と調整しご連絡致します。

※ 相談内容によっては、お受け出来ない場合がありますので、ご了承ください。

※ 申し込みをキャンセルする場合はお早めにご連絡ください。

※ 相談中の録音・録画は許可制となります。