

セカンドオピニオン外来申込書

申し込み日 令和 年 月 日

患者様	氏名	ふりがな	男・女	生年月日 大・昭 平・令	年 月 日	年齢	歳
	住所	〒				連絡先 自宅 () - 携帯 () -	
ご相談者	氏名	ふりがな	続柄			連絡先 自宅 () - 携帯 () -	
	住所						

※ご相談者様欄は患者様ご自身の場合は記入不要

同意欄	相談内容にかかる医師の見解を訴訟等の目的に使用しない事に同意し、自由診療料金30分11,000円を支払いセカンドオピニオン外来に申し込み致します。	
	ふりがな 相談者氏名	印 令和 年 月 日

照会元医療機関	医療機関名 TEL 主治医 先生
---------	----------------------------

疾患名及び相談内容	疾患名			
	相談内容			

同意欄に記名・押印のない申込書は窓口にて受付できませんので、ご注意願います。