

セカンド・オピニオン申込書

自由診療料金として定められた金額（基本料金として30分5,400円、それを越える場合は30分毎に追加料金として5,400円が加算されます）を支払うこと及び訴訟等の目的に使用しないことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンに申込みます。また、医療機関ならびに本人（相談者）宛の報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

患者の氏名	フリガナ 様（男・女）
生年月日（年齢）	（大正 昭和 平成） 年 月 日 （ 歳）
ご住所	〒 TEL（ ） FAX（ ）
ご相談者 （患者本人以外の場合）	氏名 続柄 〒 TEL（ ） FAX（ ）
疾患名	
ご相談の具体的内容 （用紙が不足する場合は別紙でも結構です。）	<input type="checkbox"/> 今後の治療について
現在の医療機関 （紹介元）	名称 （ 通院中 ・ 入院中 ） 科 先生 〒

ID（予約番号）	
相談日時 診療科/医師	年 月 日 時間 科 先生