

セカンドオピニオン申込書

訴訟等の目的に使用しないことなど当院で定められたことに同意のうえ、以下の内容でセカンドオピニオンを申し込みます。

	申込日	令和 年 月 日	
フリガナ		大正・昭和・平成・令和	
患者様の氏名	生年月日	年 月 日(歳)	男・女
患者様の住所	〒		
患者様の電話番号	自宅() -	携帯() -	
当院の診察券	あり・なし	ありの場合 (ID番号)	

※申込者が患者以外の場合

フリガナ		住所	〒
申込者氏名			
電話番号	自宅() -	携帯() -	
患者様とのご関係			

希望日時	令和 年 月 日 (曜日)	時頃
希望医師	あり・なし	ありの場合 医師名

※当院のセカンドオピニオンを受ける目的・ご相談内容についてご記入ください。(用紙が不足した場合は別紙でも結構です)

※現在受診されている病(医)院名、診療科、医師名

病(医)院名			
診療科		医師名	

【当院記載欄】

日時	令和 年 月 日 (曜日)	時 分
担当医師		
場所		

- 当日は、受診されている病院からの紹介状、検査データ(採血結果、CT、MRIデータなど)をお持ちください。
- 料金は30分まで5,500円、以降15分ごとに2,200円です。(消費税込)
- ご相談日時につきまして、他の患者様の治療の都合等でご希望に沿えない場合がございます。ご了承ください。