丸子中央病院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金額を支払う事に同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来相談を申し込みます。

平成　　年　　月　　日　　ご相談者氏名　　印

ふりがな	
患者氏名・性別	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）
患者生年月日（年齢）	（大正・昭和・平成）　　年　　月　　日生（　　歳）
患者住所・TEL	〒 TEL　　（　　）
相談者の続柄	ご本人・ご家族（続柄 ）
相談者の住所 （患者住所と違う場合のみ記入）	〒
相談者の連絡先	TEL　　（　　） TEL　　（　　） 昼間連絡可能な番号(携帯電話等)　　（　　）
疾患名	＃１． ＃２． ＃３．
相談の具体的な内容 （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。）	
主治医の医療機関名 診療科　医師名	（　　）病院、診療所 （　　）科（　　）先生
上記医療機関の住所・連絡(TEL) （お分かりになる範囲で結構です）	
都合の悪い日	
主な承諾事項 ※□にチェックを入れて下さい	□自由診療として定められた料金を支払います 1時間 21,600 円 （以降 30 分を超えるごとに 10,800 円） □当院の医師による意見提供のみである （診察・検査はしない） □医療過誤・訴訟に関する利用目的ではない

丸子中央病院 地域・グループ連携室　FAX：0268-43-8368