

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。

年 月 日 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)	_____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
患 者 住 所 ・ T E L	〒 _____ TEL _____ (_____)
相 談 者 の 続 柄	本人・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	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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