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、自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

お申込日　　年　　月　　日

	ﾌﾘｶﾞﾅ
患者氏名	（　男・女　）
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）
患者連絡先	〒 TEL 携帯
ご相談者（来院される方）	ご本人・ご家族（氏名　　続柄　　）
ご相談者の連絡先 (住所は患者と異なる場合のみ)	〒 TEL 携帯
ご相談の具体的な内容	
現在の主治医と医療機関名	医療機関名 診 療 科 主治医名
ご都合の悪い日	
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　20,000 円（税抜） 以降 30 分を超えるごとに 10,000 円（税抜） 延長最長 1 時間まで □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