

## 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

	フリガナ
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	<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 22,000円 (税込) 以降 30分を超えるごとに 11,000円 (税込) 延長最長 1時間まで <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【地域・グループ連携室 20240401】