

セカンドオピニオン申込書

- ・自由診療として定められた料金を支払うことに同意します（30分10,800円以降30分まで5,400円）。
- ・医療過誤、訴訟の目的に使用しないことに同意します。
- ・セカンドオピニオン中は、当院の意見提供のみで、診察や検査は行わないことに同意します。

平成 年 月 日

患者氏名	フリガナ
	様（男・女）
生年月日（年齢）	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）
ご住所・ご連絡先	〒
	TEL （ ）
	FAX （ ）
	携帯電話
ご相談者氏名 （ご相談者が患者本人以外の場合）	フリガナ
	様（男・女）
生年月日（年齢）	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）
続柄	
ご住所・ご連絡先	〒
	TEL （ ）
	FAX （ ）
	携帯電話
ご相談の具体的な内容	
現在の医療機関	医療機関名
	診療科
	（通院中・入院中）
	主治医名