

## 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11,000円以降30分まで5,500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、診療や検査は行わないことに同意します。

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 )
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