

社会医療法人美杉会佐藤病院 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受診を申し込みます。

年 月 日

申込者氏名

患者さんの氏名・性別	【ID番号】 (フリガナ) 氏 名 様 (男 ・ 女)
生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
患者さんの住所・連絡先	〒 [電話] () [携帯] () [ファックス] () [E-メール] @
ご相談者の氏名・続柄	(フリガナ) 氏 名 様 ご本人・家族 (続柄)
患者さんの住所・連絡先 (患者さん以外の場合はご記入下さい)	〒 [電話] () [携帯] () [ファックス] () [E-メール] @
ご相談の希望日	(第一希望) 月 日 (第二希望) 月 日 (第三希望) 月 日 (第四希望) 月 日
ご相談の希望診療科 (専門領域)	科 ()
疾患名	# 1. # 2. # 3.
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書き下さい。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・お名前・所在地・電話番号 (お分かりになる範囲で結構です)	() 病院 ・ 診療所 () 科 () 先生 所在地 〒 [電話] ()

【確定内容 (病院記載欄)】

相談日時	平成 年 月 日 (.....) 時 分
担当医 科 先生
相談場所	相談室 ・ その他 (.....)

※ご相談当日には、紹介状及びできる限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。

※料金は30分まで11,000円、30分超60分まで22,000円(消費税込み)。全額自費で健康保険は適用されません。

※ご相談日はご希望に添えないことがありますので、ご了承下さい。