

セカンドオピニオン申込書

※二重線の中をご記入下さい

		No.	申込日:平成			年	月	日	
患者	ふりがな	男	生年月日						
	氏名	女	明大昭平					年	月
							( )	歳	
住所		〒							
		TEL ( )							
相談者	ふりがな	男	患者との続柄						
	氏名	女							
住所		〒							
		TEL ( )							
病名									
希望する診療科及び医師		科			医師				
相談事項									
現在の状態	1 入院中(病院名等 )								
	2 通院中(病院名等 )								
	3 自宅療養中等								
今回、セカンドオピニオンを受けることを患者本人は同意している						はい	いいえ		
診療経過がわかる資料(紹介状、レントゲンフィルム、検査結果等)の有無						有	無		
セカンドオピニオン希望日	第1希望	平成	年	月	日	午前・午後	時		
	第2希望	平成	年	月	日	午前・午後	時		
	第3希望	平成	年	月	日	午前・午後	時		
紹介元	病院・診療所			科		先生			
	住所 〒								
		TEL ( )							

※ セカンドオピニオンは、保険外診療となり30分以内5,000円、30分毎に5,000円(税は別途)を負担して頂きますのでご了承下さい。

※ 内容(訴訟目的等)によっては、応じられない場合もありますので、ご了承下さい。

セカンドオピニオン決定日	平成	年	月	日	午前・午後	時			
セカンドオピニオン担当医	診療科			科	氏名				
予約受付(オーダーリング)の確認	済	未	平成				年	月	日