

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: 令和 年 月 日				
患者	ふりがな	男	生年月日				
	氏名	女	明大昭平令	年	月	日	
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	令和	年	月	日	午前・午後	時
	第2希望	令和	年	月	日	午前・午後	時
	第3希望	令和	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(税別)、30分毎に5,000円(税別)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	令和	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	令和	年	月	日