

セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日 申込者氏名 _____

患者氏名・性別	ふりがな			男 女
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 満 歳
患者住所	〒			
ご相談者氏名		患者との続柄		
ご相談者住所	〒			
連絡先電話番号				
来院される方	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者本人と家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ			
現在の診療状況	病院等の名称			
	<input type="checkbox"/> 外来通院中		<input type="checkbox"/> 入院中	
ご持参資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状（必須）		<input type="checkbox"/> レントゲンフィルム（CT・MRI等含む）	
	<input type="checkbox"/> 検査データ		<input type="checkbox"/> その他（ ）	
相談希望の診療科	科			
相談希望日等	第1希望 年 月 日（ ）			
	第2希望 年 月 日（ ）			
	第3希望 年 月 日（ ）			
<ご相談内容>				

※ 料金は30分11,000円です。以後15分毎に5,500円になります。(税込)

決定日時 年 月 日（ ） 時