

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	・患者本人 ・患者本人と家族 ・家族のみ		
現在の診療状況	病院等の名称		
	☐ 外来通院中 ☐ 入院中		
ご持参資料等	☐ 紹介状（必須） ☐ レントゲンフィルム（CT・MRI等含む）		
	☐ 検査データ ☐ 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13,200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