

米盛病院 セカンドオピニオン 申込書

社会医療法人緑泉会 米盛病院 御中

訴訟等の目的に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。

申込日 令和 年 月 日 氏名 印

患者様	ご氏名	(ふりがな)	
		様 (男・女)	
	生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)	
	ご住所 〒		
連絡先 - -			
ご相談者	ご氏名	(ふりがな)	
		様 (男・女)	
	ご住所 〒		
	連絡先 - -		
ご相談者の続柄		ご本人・ご家族 (続柄)	
ご相談の希望日		年 月 日 () ごろ	
病名			
ご相談の具体的内容			
主治医の医療機関名とお名前 所在地・電話番号 (お分かりになる範囲で結構です)		医療機関名:	
		科	先生
		所在地	
		TEL - -	

[確定内容 (病院記載欄)]

相談日時	年 月 日 () 時 分
担当医	先生

※ご相談当日は、紹介状及びできる限りの検査資料をお持ちください。
 ※料金は30分まで5,000円 (税別)、30分を越える毎に5,000円 (税別) 健康保険適用外で全額自費負担になります。
 ※ご相談日はご希望に添うよう調整いたしますが、他の患者様の治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがあります。
 ご了承ください。