

セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療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。

平成 年 月 日 氏名 印

患者さんのお名前	ふりがな (男・女)	生年月日 年 月 日(歳)	大正・昭和・平成
相談者氏名	ご本人・ご家族()		
相談者住所	〒		
ご連絡先	電話	携帯	FAX
疾患名			
ご相談内容	ご相談内容は、ご自由にお書きください 記入欄が不足する場合には、別紙でも結構です		
患者さんの状態	入院中・通院中・その他()		
入院先または通院先	医療機関名 _____ 住所 _____ 電話 _____		

【 同意書 】

ご家族の方のみでご相談する場合は必ず下記にもご記入ください。
なお、同意書につきましてはご本人の自署にてお願いいたします。

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました。
(相談者) _____ に対して貴院担当医師が私の疾病についての診断および治療内容、今後につきまして、意見や判断を述べ、私の主治医に対する報告書が作成されることに同意いたします。
平成 年 月 日 患者氏名 _____ 印 _____

坪井病院記入欄

相談日時	年 月 日() 午前・午後 時 分より
担当医	科 医師

※料金は、10,800円(最大60分)となります。健康保険は適用されません。

一般財団法人慈山会医学研究所付属 坪井病院 地域医療連携室

〒963-0197 福島県郡山市安積町長久保1-10-13 Tel:024-937-4778(直通) Fax:024-937-5095(直通)