

## 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料金として定められた金額<sup>\*</sup>(33,000円)(税込)を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。

\*日本で有効な健康保険を有さない外国籍の方は、66,000円(税込)

**※相談者は、太枠内を自署・押印願います。**

ふりがな		
年 月 日	相談者氏名 <span style="float: right;">印</span>	
患者	氏名, 性別	(ふりがな)  殿 (男, 女)
	生年月日(年齢)	(大正, 昭和, 平成, 令和) 年 月 日生( 歳)
	住 所	〒 -
	連絡先	TEL( - - ) 携帯( - - ) FAX( - - )
相談者	住 所	〒 -
	連絡先	TEL( - - ) 携帯( - - ) FAX( - - )
	続 柄	本人 ・ 家族 (続柄 )
<b>疾患名</b>		#1. #2. #3.
※必須 <b>相談内容</b> *相談内容を具体的に記入してください。 *記入しきれない場合は、別様で記入願います。		
紹介元医療機関	医療機関名, 主治医	( ) 病院, 診療所 ( ) 科 ( ) 先生
	住所, 連絡先 (分かる範囲) で結構です	〒 - 住 所 _____ TEL( - - ) FAX( - - )