

医仁会武田総合病院 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・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。

申し込み日		令和 年 月 日		
患者様の氏名・性別	ふりがな()			
	(男 ・ 女)			
生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日(
患者様の住所・連絡先	〒			
	電話 FAX			
相談者氏名	本人・家族(続柄)			
相談者の住所・連絡先	〒			
	電話 FAX			
相談希望日 (複数の希望を記載してください)	① 月 日	② 月 日	③ 月 日	
病名	①			
	②			
相談内容 (具体的に教えてください)				
現在の主治医氏名・医療機関名	病院 ・ 医院			
	科			先生
	住所			

※相談当日は、紹介状と出来る限りの検査データを用意して頂きご持参ください。

※相談日はご希望に添うように調整はさせていただきますが、担当医の治療の都合もありますのでご希望に添えない場合もあります。ご了承下さい。

※ご相談費用について、通常診療ではないので保険適用にはなりません。全額自費となりますので、相談費用についてはあらかじめご確認ください。