

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。