

相良病院セカンドオピニオン外来 申込書

「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を了承した上で、セカンドオピニオン外来を申し込みます。

西暦 年 月 日

相談者氏名 _____

患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女
	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	年齢 歳
	住所 〒	
相談者	ふりがな 氏名	
	連絡先 TEL/FAX 携帯	
	相談者の続柄 本人・家族（続柄： ）	
病名		
相談の目的		
受診している医療機関 病院名： 診療科： 医師名：		
相談希望日 いつでもよい・ 年 月 日ごろ		

【病院記載欄】

資料受領日	西暦 年 月 日 ()
カンファレンス	西暦 年 月 日 ()

相談日時・担当医	年 月 日 () 受付時間 時 分 医師
----------	-----------------------

相談時間・費用	時 分～ 時 分 円
---------	------------

- * 診療情報提供書および必要な資料等はあらかじめご持参あるいは送付ください。
- * 相談料は 45 分間 20,000 円(税別)、45 分を超える場合、15 分ごとに 5,000 円(税別)が加算されます。
- * 相談日はご希望に添うよう調整しますが、診療の都合上ご希望に添えないことがあります。ご了承ください。