

日生病院 セカンドオピニオン外来 申込書

私の病状についての診断の内容や、現在及び今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を、下記事項に同意の上、日生病院に申し込みをいたします。

- 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
- 訴訟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（30分 10,800円）

平成 年 月 日

患者本人署名（原則として18歳未満以外必須）

印

本人以外の場合の相談者署名

印

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
希望診療科	科
患者氏名・性別	氏名： 性別： 男 ・ 女
生年月日	(大正 昭和 平成) 年 月 日生 (歳)
相談者氏名	
相談者の連絡先	住所： 電話：
主治医の医療機関とお名前	() 病院・診療所 () 科 () 先生

(病院記入欄)

実施の可否	可 ・ 否 (否の場合は、理由を作成ください)
相談予定日	第1候補： 年 月 日 時 第2候補： 年 月 日 時 第3候補： 年 月 日 時
申込書受理日	