

# セカンドオピニオン外来申込書

申込日：平成 年 月 日

患者様氏名	生年月日	年齢	性別
(フリガナ)	明・大・昭・平		男・女
	年 月 日		
相談者氏名(続柄)	住所・電話番号	年齢	性別
(フリガナ)	〒 ー		
	住所		男・女
続柄( )	電話 ー ー		
(病名)			
患者様の現在の状況 1) 治療前 2) 治療中 3) 再発、転移 4) 緩和ケア 5) 罹患なし 6) その他( ) ※ご相談の目的など、ご自由にお書きください。			
医療機関名(現在受診中の入院先または通院先)			
診療科		主治医	

## 【確定内容(病院記載)】

相談日時	平成 年 月 日( ) 時 分
診療科・担当医	科 医師
相談場所・備考等	

## 【以下の内容に同意の上、お申込ください】

- 現在受診中の病院への訴訟等の目的に使用しないこと。
- ご相談当日には、現在受診中の主治医の紹介状及び出来る限りの検査資料をお貸りしてお持ちください。
- セカンドオピニオン担当医師が診断および治療内容、今後の見通しにつき意見判断を述べ、現在受診中の主治医宛に報告書が作成されます。
- 自由診療のため健康保険は適用されません。料金は10,800円(税込) / 1時間程度となります。