

セカンドオピニオン申込書

申込日 年 月 日

医療機関名：

所在地：

担当医師：

診療科：

TEL：

FAX：

患者氏名	フリガナ 様 (男・女)		
生年月日	(大正・昭和・平成)	年	月 日 (歳)
住 所	〒 TEL 携帯		
相談者氏名	氏名	続柄	
	住所		
	TEL	携帯	
疾患名			
相談内容			
同意内容	患者様に確認の上チェックをしてください		
	<input type="checkbox"/> 基本料金 30分 21,000円 30分毎に追加料金 1,0500円加算 <input type="checkbox"/> 訴訟などの目的に使用しない <input type="checkbox"/> 相談は本人、又は家族 <input type="checkbox"/> 同意書(代理同意書)当日持参 <input type="checkbox"/> 意見の提供のみ 診察ではないことを同意		
郵送資料に○	CT/MRI (CD-R/フィルム)・内視鏡・超音波・心電図 検査記録 その他 ()		
希望診療科	科	ご都合の悪い日	
希望医師	神戸アドベンチスト病院の受診歴		
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※有の場合診察券番号	