

セカンドオピニオン申し込み書

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22,000円 30分毎に追加料金11,000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 ・ 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	診察券番号