

朝倉医師会病院

セカンドオピニオン外来申込書及び同意書①

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた下記の金額を支払うことを同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年 月 日 氏名 _____

患者氏名・性別	氏名 _____ (男・女)
生年月日・年齢	年 月 日生 () 歳
住所	〒 住所
連絡先 (日中に確実につながる連絡先をご記入願います)	電話番号：① _____ ② _____
相談者 連絡先 (本人以外の申し込みの場合) (日中に確実につながる連絡先をご記入願います)	〒 住所 電話番号： _____ 携帯電話： _____
相談者の続柄	本人・ 家族 (続柄 _____)
疾患名	# # #
相談の目的	i) 現在の診断や治療について説明を受けたい。 ii) 他に可能な治療法があるか知りたい。 iii) その他 (_____)
主治医の医療機関とお名前 所在地・電話番号	(_____) 病院・診療所 (_____) 科 (_____) 先生 所在地 _____ TEL: _____ - _____
質問したいこと 箇条書きにお願いします。	
料金	30分まで 11,000円 (30分毎に 11,000円 追加)