

セカンドオピニオン外来申込書

私(患者)はセカンドオピニオンの趣旨を十分に理解し、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金額(1件30分まで7,500円税別。超える場合30分までごとに7,500円税別加算)を支払うことに同意のうえ、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。また医療機関宛の報告書が作成されることに同意いたします。

令和 年 月 日 患者氏名 印

患者	ふりがな	
	氏名	(男・女)
	生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日 (歳)
	郵便番号	〒 -
	住所	
	電話番号	()
相談者 <small>※患者本人の場合は記入不要</small>	続柄	
	ふりがな	
	氏名	(男・女)
	郵便番号	〒 -
	住所	
	電話番号	()
現在の状況	疾患名	
	医療機関名	(<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中)
	主治医氏名	(診療科:)
	連絡先	電話: () FAX: ()
当日持参いただく資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書、 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン外来申込書	
	<input type="checkbox"/> 画像 (<input type="checkbox"/> フィルム・ <input type="checkbox"/> CD-ROM)、 <input type="checkbox"/> 検査結果等	
	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン外来同意書、 <input type="checkbox"/> その他()	
ご相談内容		
備考 (ご都合の悪い日など)		

稲城市立病院 地域医療支援センター 地域支援室 医療連携係
 〒206-0801 東京都稲城市大丸1171 TEL:042-377-0931 FAX:042-377-1218
 ※当院記入欄

相談日時	令和 年 月 日 時 分	(相談場所:)
担当	科 先生	(受付処理:)