

新津医療センター病院セカンドオピニオン 申込書

自由診療料金として定められた料金を支払うことを了承した上で、貴院の医師による意見や判断により、現在の治療に際して参考にいたしたく、新津医療センター病院のセカンドオピニオンを申し込みます。

平成 年 月 日

患者様の情報	ふりがな 氏 名	男 ・ 女			
	住 所	〒 —			
	電話番号	— —			
患者様以外の 相談者の情報 (患者様が相談 者の場合、記 載不要です)	ふりがな 氏 名	男 ・ 女 (患者様との続柄：)			
	住 所	〒 —			
	電話番号	— —			
疾 患 名					
希望診療科					
相 談 内 容					
相談希望日	①	年	月	日	時頃
	②	年	月	日	時頃
現在受診して いる医療機関	医療機関名： _____ 診 療 科： _____ 科 担当医師名： _____ (現在 通院中 ・ 入院中)				

※現在、受診されている医療機関からの診療情報提供書および相談に必要な資料をお持ち下さい。

※セカンドオピニオンの料金は、11,000円(税込)です。

※ご家族の同席またはご家族のみでセカンドオピニオンを希望する場合、別紙の同意書が必要です。