

年 月 日

医療法人社団聖仁会 横浜甦生病院

セカンドオピニオン 申込書

この度、貴院にてセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者相談者とともにその趣旨を理解し、自由診療として定められた金額を支払うことについても同意のもと、申込みいたします。

なお、治療効果の評価、医療費用、医療給付、医療訴訟などに関わる相談はいたしません。

(フリガナ)		男 女	生年月 日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名				
住所				
連絡先	TEL:	FAX:		
患者状況	<input type="checkbox"/> 入院中		<input type="checkbox"/> 通院中	

申込者	<input type="checkbox"/> 患者本人		<input type="checkbox"/> 同居家族・親族(下記記入)	
(フリガナ)		男 女	生年月 日	明治・大正・昭和・平成
氏名				年 月 日
住所				
連絡先	TEL:	FAX:		

相談者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者本人と同居家族・親族 <input type="checkbox"/> 同居家族・親族(同意書必要)			
病名				
持参資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像データ MR ・ CT ・ 単純撮影画像(フィルム・CD-R)			
相談希望日	<input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 不可日() <input type="checkbox"/> 第1希望日 月 日() <input type="checkbox"/> 第2希望日 月 日()			

受診中医療機関情報

医療機関	TEL:	
	FAX:	
診療科	医師:	
住所		

※以下は記入不要です。当院にて記入いたします。

受付年月日	年 月 日	受付者	
担当診療科		相談医師名	
相談日時	年 月 日() :		