

日本鋼管福山病院 セカンドオピニオン申込書

訴訟等の目的にしないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込み致します。

令和 年 月 日 氏名 _____

患者様	ご氏名	(ふりがな _____) 様 (男・女)
	生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
	ご住所	〒 _____ TEL _____
ご相談者様 (*上記と 同じ場合は 省略可	(*ご氏名	_____
	(*ご住所	〒 _____ TEL _____
	患者様との続柄	(続柄: _____)
(※1) ご相談の希望日時	令和 年 月 日 () 令和 年 月 日 () 令和 年 月 日 ()	
希望診療科・医師名	_____ 科 ・ 医師名: _____	
疾患名	#1 _____ #2 _____	
ご相談内容	_____	

(※1) ご相談の希望日時は、月～金曜日(診療日に限る)の 9:00～12:30、13:30～16:00 とさせていただきます。
また、相談時間は 1時間までとさせていただきます。

[確定内容(当院記載欄)]

相談日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分
担当医	_____ 科 _____ 医師
相談場所	診療科診察室・その他(_____)

注1: 料金は30分(持参された資料の判読時間を含みます)までは11,000円(税込み)、30分を超えると16,500円(税込み)となります。(健康保険適用外で全額自費になります)(※料金には、主治医への返書代を含みます)

注2: ご相談日時は、他の患者様の治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがあります。ご了承ください。