

セカンドオピニオン外来申込書

相談対象者 (患者様)	フリガナ		性別	年齢	生年月日	
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	住所	〒			TEL	
					FAX	
相談依頼者	患者様との関係	<input type="checkbox"/> ご本人 ※下欄の記入は不要です <input type="checkbox"/> ご家族 (続柄) <input type="checkbox"/> その他 (関係)				
	フリガナ		性別	年齢	生年月日	
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	住所	〒			TEL	
					FAX	

疾患名	1		現在の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 自宅療養中 <input type="checkbox"/> その他 ()
	2			
	3			
医療機関・主治医	医療機関		住所・連絡先	※分かる範囲でご記入ください 〒 TEL()
	診療科	科		
	医師名	先生		

ご相談内容	※具体的にご記入ください。書ききれない場合は裏面をご利用ください。(主治医に対する不満や医療事故に関する告訴の相談、死亡した患者様についての相談、専門外の相談などはご遠慮ください)	
	(ここに相談内容を記入するスペース)	

訴訟等の目的に使用しないこと、自由診療料金として定められた金額をお支払いすることに同意のうえ、上記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ます。

セカンドオピニオン外来診療費	
※保険外診療となり自費でのお支払となります。	
1回の診療時間	30分まで 10,800円(税込)
	30分超60分まで 16,200円(税込)

<<お申込み・お問合せ先>>
 東取手病院 地域医療連携室
 TEL 0120-065489(直通)