

セカンド・オピニオン 申込書

【要項】

自由診療料金として下記の定められた金額の支払いと注意事項を理解・同意の上、以下の内容で貴院のセカンド・オピニオンに申し込みます。

【注意事項】

相談者本人(患者)以外の方が相談に来院される場合は、本人自署・捺印の『委任状』が必要となります。

【料金】

■基本料金(30分まで)・・・10,800円(税込)

■上記を超える追加料金(30分毎)・・・5,400円(税込)

◇下記の太枠内の記入をお願いいたします

申込日：平成 年 月 日

相談者本人 (※委任の場合も委任者の氏名)	フリガナ		印
		様(男・女)	
		(大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)	
	〒		
	TEL:	携帯:	fax:
ご相談の具体的内容	(自由記載)		
当院担当医(希望医)	科	医師	
現在、受診中の医療機関	医療機関名		<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中
	診療科	科	

医療機関が記入するところ

ID番号	
相談日時(予約日)	平成 年 月 日
	時間 時～