

三愛会総合病院 セカンドオピニオン 申込書

訴訟等の目的に使用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
同意のうえ、以下の内容でセカンドオピニオンを申し込みます。

【料金】30分まで5,000円(税込)、30分以上1時間まで10,000円(税込) ※1時間以降の価格変更なし

記載日 年 月 日 記載者

患者様情報	フリガナ 氏名	様 (男・女)	
	当院受診歴の有無	有 ・ 無	
	生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 (歳)	
	住所	〒	
	連絡先	TEL ()	
相談に来られる方	本人 ・ 家族(続柄) ※家族のみの場合は下記の同意書にご記入下さい。		
相談者情報 ※患者様本人の場合は 記入不要 ※日中連絡の取れる 連絡先をご記入下さい。	フリガナ 氏名		
	連絡先	TEL ()	
疾患名	#1. #2. #3.		
受診希望診療科名	科		
ご相談の 具体的な内容			
紹介元医療機関	主治医の医療機関	()病院、診療所	
	診療科・医師名	()科()先生	

【同意書】 ※家族のみでご相談する場合は必ず下記にご記入下さい。

私(患者氏名)_____は、(ご相談者)_____に対して貴院担当医
が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主
治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日 患者氏名

印

【送付先】 三愛会総合病院 地域医療連携室

FAX 048-954-5230

TEL 048-958-3111

※ 以下は病院記入欄

セカンドオピニオン外来応需 可 ・ 不可 ⇒ 不可の場合は理由()

予約日時 : 年 月 日 () 時 分 科 医師