

聖マリア病院
がんセカンドオピニオン 申込書兼同意書

社会医療法人 雪の聖母会
聖マリア病院 病院長 殿

セカンドオピニオンの趣旨を理解し、訴訟など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上、以下の内容で貴院の「がんセカンドオピニオン」受診を申し込みます。また、貴院の医師が説明した内容について、現在の主治医あてに報告書が作成されることに同意します。

令和 年 月 日 相談者氏名 印

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	年 月 日
患者氏名				() 歳	
患者の現住所 (当院からの連絡先)	〒 電話番号 :				
ふりがな		患者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人と家族 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄:)		
相談者氏名					
相談者の現住所 (当院からの連絡先)	〒 電話番号 :				
希望予約日時	① 第一希望	月 日 ()	時 分	ごろ	
	② 第二希望	月 日 ()	時 分	ごろ	
(1) 現在の状況 (いずれかにチェックしてください)					
<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他 ()					
(2) 入院または通院している病院・医院について					
所在地 :		電話番号 :			
病院・医院名 :		主治医名 : (診療科) () 科)			
(3) 病名					
(4) 具体的な相談内容					
(5) 当院からのご連絡に際しご希望がございましたらご記入ください					

※当日は現在受診している病院・医院からの紹介状およびできる限りの検査・画像資料などをご持参ください。

※当院のセカンドオピニオンは1回60分を限度とし、料金は15,000円(税別)です。全額自費負担となり、健康保険は適用されません。

【病院記載欄】

受付日	月 日 ()	予約日時	月 日 ()	備考
受付者			:	
担当診療科		予約者		
担当医師				