

セカンドオピニオン外来 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上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

年 月 日

申込者氏名.....

(フリガナ) 患者さまの氏名・性別	(フリガナ)	性別	男
	氏 名		様
生 年 月 日 (年齢)	年 月 日生 (歳)		
患者さまの住所・連絡先	〒 ー		
	Tel		
	Fax		
	携帯		
ご相談者の氏名・続柄	※患者さま本人の場合は記載不要 (続柄)		
牧田総合病院の受診歴	(ない ・ ある) 診察券の番号：		

※この書類には個人情報が含まれていますので、お間違いにならないよう十分にご注意ください。

※ご相談者が本人でない場合は、本人の同意書及び証明書等が必要となります。

※相談費用 [全額自費]

30分以内 30,000円 [税別]

30分以降 10分ごとに 10,000円 [税別]

社会医療法人財団 仁医会 牧田総合病院 蒲田分院

<病院記入欄>

相 談 日 時	年 月 日 () 時 分
担 当 医	科 先生
相 談 場 所	

社会医療法人財団 仁医会 牧田総合病院 蒲田分院

セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

私（患者氏名）_____は、本同意書を

持参しました（相談者）_____（続柄）_____

に対して、社会医療法人財団 仁医会 牧田総合病院 蒲田分院 担当医師が私の疾患
についての現状および今後の意見や判断を述べること、及び私の主治医あての報告書
が作成されることに同意致します。

年 月 日

患者住所：_____

⑩

患者氏名：_____

生年月日：_____年 月 日生