

NTT東日本札幌病院 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受診を申込みます。

年 月 日 氏名

患者様の氏名・性別 <small>(ふりがな)</small>	<small>(ふりがな)</small> 様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
患者様の住所・連絡先	住所 : TEL : - -
相談者氏名	本人・家族(続柄)
相談疾患名	
具体的な相談内容 ご自由にお書き下さい。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。	
主治医の医療機関名・診療科 氏名・所在地・電話番号 (お分かりになる範囲で結構です)	病院・診療所 ()科 ()先生 所在地 : TEL : - -

【確定内容(病院記載欄)】

相談日時	年 月 日 () 時 分
担当医	科 医師
相談場所	診療科診察室・その他 ()

- * 相談当日には、診療情報提供書及びレントゲンフィルム・検査記録等出来る限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。
- * 料金は30分間 10,000円 30分超60分まで 20,000円です。(税抜き)
なお、健康保険は適用されませんので全額自費になります。
- * 相談日は担当医と調整し連絡いたします。
- * 相談内容によっては、お受けできない場合もございますので、ご了承ください。
- * 申込みをキャンセルする場合は早めにご連絡ください。
- * 相談中の録音・録画はご遠慮願います。