

能代山本医師会病院セカンドオピニオン申込書

私は、検査、診療行為を行わないこと、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などに同意の上、以下の内容でセカンドオピニオンを申し込みます。

【申込者記載欄】: 太枠内をご記入ください。

患者本人	氏名	⑩	男・女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日(満 歳)
	住所		
	連絡先	自宅:()- -	、携帯: - -
相談者	氏名	⑩	男・女
	患者との続柄	①家族(続柄:) ②家族に類する者(関係柄:)	
	住所		
	連絡先	自宅:()- -	、携帯: - -
病名			
疾患名	①		
	②		
	③		
相談目的	①		
	②		
	③		
入院または受診している医療機関名	病院名:		
	所在地:		
	電話番号:()- -		
	主治医氏名:		診療科名:

※ セカンドオピニオン外来は、主治医への報告書作成も含め、30分に付き11,000円(消費税込み)となっております。ただし、レントゲンフィルムの読影や病理組織標本の診断等が必要な場合は16,500円(消費税込み)となります。

※ ご本人が受診しない場合は、ご本人の同意書(セカンドオピニオン同意書)が必要です。

【確定内容】: 病院記載欄

相談日時	令和 年 月 日()午(前・後) 時 分～)午(前・後) 時
担当医	医師 科
相談場所	外来診察室(セカンドオピニオン相談室)

能代山本医師会病院