

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上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

記入日：令和 年 月 日

患者さんの氏名	生年月日	年齢	性別
(フリガナ)	明・大 昭・平 年 月 日	歳	男・女
相談者氏名（続柄）	住所・電話番号		
(フリガナ)	(〒 -)		
()	電話 - -		
(病名) # 1.			
# 2.			
# 3.			
患者さんの現在の状況 ・入院中 ・通院中 ・在宅 ・その他 () (具体的な相談内容) ※ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。			
(入院先または通院先) 医療機関名 _____			
診療科目 _____ 主治医 _____			

【確定内容（市立札幌病院記載欄）】

相談日時	令和 年 月 日 ()	時 分
診療科 担当医	科	医師
備考 相談場所等		

料金は全額自費で健康保険は適用されません。20,563円（税込み）となります。