



北部地区医師会病院 セカンドオピニオン申込書

私は、セカンドオピニオンを受けるために必要な個人診療情報を北部地区医師会病院の医師に提供すること、相談内容を医療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うえ、下記の内容でセカンドオピニオンを申し込みます。

(申込者記入欄)

申込日 年 月 日

患者様本人	氏名	フリガナ (印)	性別	(男・女)	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日生	(歳)	
	連絡先	住所	〒 (-)		
		電話	() -	自宅・職場・その他 ()	
携帯		- -			
	F A X	() -			
ご相談者	氏名	フリガナ (印)	性別	(男・女)	
	患者との続柄	本人 ・ ご家族 (続柄)			
	連絡先	住所	〒 (-)		
		電話	() -	自宅・職場・その他 ()	
携帯		- -			
	F A X	() -			
受診中の医療機関 及び主治医氏名	病院名	病院・診療所・クリニック			
	所在地				
	電話	() -			
	主治医氏名	診療科名	科		
病名					
ご相談内容					

※セカンドオピニオンは、自費（1回30分以内 5,000円、60分以内 10,000円）となりますのでご了承ください。

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

