

セカンドオピニオン申込書

訴訟等の目的で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)	大・昭 平・令	年 月 日	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 ・在宅ケア導入中 ・その他() (具体的な相談内容)※ご自由にお書きください。別紙に記入でも結構です。		
(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(岩見沢市立総合病院記載欄)】

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		

- ・ 料金は全額自費で保険適用はされません。16,500円(税込み)が目安となります。