

康生会 武田病院 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・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、貴センターのセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

申し込み日	令和 年 月 日
患者様の氏名・性別	ふりがな()
	殿 (男 ・ 女)
生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)
患者様の住所・連絡先	〒
	電話 FAX
相談者氏名	本人・家族(続柄)
相談者の住所・連絡先	〒
	電話 FAX
相談希望日 (複数の希望を記載してください)	
病名	1、
	2、
相談内容 (具体的に教えてください) ※別紙に記載して頂いても 結構です。	
現在の主治医氏名・医療機関名	病院 ・ 医院
	科 先生
	住所

※紹介状と出来る限りの検査データを用意して頂き事前に送付又はご持参ください。

※相談日はご希望に添うように調整はさせていただきますが、担当医の治療の都合もありますので
ご希望に添えない場合もあります。ご了承下さい。

※ご相談費用について、通常診療ではないので保険適用にはなりません。全額自費となりますので、相談
費用についてはあらかじめご確認ください。