

三井記念病院 セカンドオピニオン外来 申込書

私は、セカンドオピニオン外来の結果を訴訟等の目的で使用しないこと及び定められた料金（自由診療費）を支払うことを同意のうえ、セカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

年 月 日 申込者氏名： _____ ④

患者様	氏名・性別	ふりがな _____ 殿（男・女）
		三井記念病院登録番号（病院記載欄） _____
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）
	氏名	ご本人 ・ ご家族 （続柄 _____）
ご相談者	住所・連絡先	〒 _____ 住所： _____ _____ 電話： _____ FAX： _____ E-mail _____ @ _____
現在の 状況	医療機関	_____ 病院・診療所 医師名 _____ 医師
	疾患名	① _____ 科 _____ 疾患 ② _____ 科 _____ 疾患
ご相談の具体的な内容 （ご自由にお書きください。 用紙が不足の場合は、 別紙でも結構です。）		
ご相談希望日	第一候補： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 曜日） _____ 時ごろ 第二候補： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 曜日） _____ 時ごろ	

注) 料金は、30分 22,000円(消費税込)。30分～1時間 33,000円(消費税込)（最長1時間です。）で、健康保険は適用されません。

注) ご相談希望日に、専門医が不在の場合があります。その場合には変更のご連絡をいたします。