

## 三井記念病院 セカンドオピニオン外来 申込書

私は病状について診断の内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を下記事項に同意の上、申込をいたします。

- セカンドオピニオン外来相談時に当院での検査・治療など医療行為を希望しないこと
- 最初から転医・転院が前提の相談ではないこと
- 主治医に対する不満、医療過誤及び裁判係争中に関する相談でないこと
- 主治医が了承した上での相談であること
- 訴訟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※1

※1 料金は、30分22,000円(消費税込み)。31分～60分33,000円(消費税込み)(最長60分)です。

↑**上記を必ず確認し、☑をお願い致します。**

年 月 日

申込者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

患者	受診歴	当病院に受診したことはありますか。( ない ・ あり 診察券番号: _____ )		
	フリガナ		<性別>	西暦・和暦(大正・昭和・平成・令和)
	氏名			年 月 日生 歳
	住所	〒 _____		TEL _____ - _____
相談者	フリガナ		<続柄>	※平日9:00～16:30に連絡可能で当院名を伝えても問題ない連絡先をご記入ください。
	氏名			第一連絡先【自宅・携帯・その他( )】
	住所	〒 _____		TEL _____ - _____
	e-mail			TEL _____ - _____
希望診療科		科	病名	
受診している医療機関	病院名: _____ 診療科: _____ 科 主治医: _____ 先生			
資料	手元にある / _____ から準備( 月 _____ 日までに手元に揃う予定) 紹介状: 三井記念病院 _____ 科 _____ 先生宛 画像データ(CD-ROM): あり( _____ 枚) ・ なし			
ご相談希望日	第一希望: _____ 年 _____ 月 _____ 日( _____ 曜日) _____ 時ごろ 第二希望: _____ 年 _____ 月 _____ 日( _____ 曜日) _____ 時ごろ			
ご相談内容 (用紙が不足する場合、別紙にご記入ください。)				