

# セカンドオピニオン外来申込書

申込年月日：令和 年 月 日

ID： \_\_\_\_\_

受診される患者さんの氏名・住所・電話番号などをご記入下さい

フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢	
氏 名		男	大正 ・ 昭和	年 月 日	歳
		女	平成 ・ 令和		
現住所	〒 -				
自宅電話番号			本人携帯番号		
( ) -			( ) -		

※ 患者さんご本人が受診されない場合、ご記入下さい。

フリガナ		患者さんとの 関係	
相談者 氏 名			
現住所	〒 -		
自宅電話番号		本人携帯番号	
( ) -		( ) -	

下記の質問にお答えください(分かる範囲でかまいません)

【相談を希望される診療科】			
整形外科 ・ 形成外科			
【相談目的】			
【患者さんの現在の状況】 ( 入院中 ・ 外来通院中 )			
【入院先又は通院先】			
医療機関名		診療科	科
所在地		医師名	医師
電話番号	( ) -		

## 【セカンドオピニオン外来の料金】

健康保険の対象外ですので自費扱いになります。30分まで11,000円(税込)。超過は10分毎に5,500円(税込)加算されます。

※ 患者さんご本人が受診されない場合は、下記同意書に患者さん本人がご記入下さい。

<b>同 意 書</b>			
角谷整形外科 院長 殿			
私は、私の病状についてセカンドオピニオンを依頼いたします。私の代理として _____に病状等の内容について話をすることに同意いたします。			
※患者さん本人が未成年及び意識障害、心神喪失の場合は ご記入ください			
令和 年 月 日			
患者氏名	Ⓜ	親権者氏名	Ⓜ