**中国中央病院セカンドオピニオン外来　申込書**

控訴などの目的に使用しないこと及び私の主治医宛の報告書が作成されることに同意の上

セカンドオピニオンを申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | （ 男 ・ 女 ）  生年月日　　　　　年　　　　　月　　　　日　生　（　　　　　歳）  住所：  TEL：　　　（　　　）　　 　FAX：　　　（　　　） |
| 相談者氏名  連絡先 | （続柄：　　　　　　　）  住所：  TEL：　　　（　　　）　　 　FAX：　　　（　　　） |
| 希望診療科 | 科 |
| 受診中の病院名と  主治医 | （　　　　　　　　　　　　　　　　）病院・診療所  （　　　　　　　　　）科（　　　　　　　　　　　　　　）先生 |
| 現在の状況 | □入院中　　　　□ 通院中 |
| 診断名 |  |
| 相談内容（相談内容を具体的にご記入ください） | |
| 当日参加される方 | * 本人　　□ 家族（　　　　　　　　）　□ その他（　　　　　　　　） |
| 持参物 | * 紹介状（必須）　□ 検査結果 　□ 画像データー |
| ＊相談日について、ご都合の悪い曜日、時間などをお知らせください | |

* + 料金　30分以内11,000円、30分を超え1時間以内16,500円（税込・保険適応外）
  + 記入いただいた個人情報はセカンドオピニオンの提供に利用するものでありこの目的以外には使用しません