

手稲溪仁会医療センター 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及び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、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日 申込者氏名 _____

患者さんの ^(ふりがな) 氏名・性別	(ふりがな _____) 様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
患者さんのご住所・連絡先	住所: 〒 _____ TEL: _____ FAX: _____ E-mail: _____@_____
ご相談者氏名	ご本人・ご家族 (続柄 _____)
ご相談者のご住所・連絡先	住所: 〒 _____ TEL: _____ FAX: _____ E-mail: _____@_____
疾患名	#1 _____ #2 _____ #3 _____
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書き下さい。用紙不足の場合は別紙でも結構です)	
主治医の医療機関名、お名前・所在地・電話番号	_____ 病院・診療所 (_____) 科 (_____) 先生 所在地 _____ TEL: _____
当日持参可能な検査資料 (該当項目に○印をつけてください)	画像データ (レントゲン・CT・MRI・内視鏡・超音波) _____ 検査データ (血液・病理・細胞診) その他 (_____)

【確定内容】※病院記載欄

相談日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分
担当医	_____ 科 _____ 先生
相談場所	診療科診察室・その他 (_____)

*料金は 30 分まで 10,000 円、30 分超 60 分まで 20,000 円です。(税別) 全額自費で健康保険は適用されません。

*ご相談日はご希望に添えないことがありますので、ご了承下さい。

手稲溪仁会医療センター 地域連携福祉センター

〒006-8555 札幌市手稲区前田 1 条 12 丁目 1-40 FAX:011-685-2908