

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 (ご自由にお書きください。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、ご了承ください。

手稲溪仁会医療センター 患者サポートセンター 地域連携・医療相談室

〒006-8555 札幌市手稲区前田 1 条 12 丁目 1-40 TEL:011-685-2904 FAX:011-685-2908