

黒沢病院附属ヘルスパーククリニック セカンドオピニオン外来 申込書

自由診療料金として以下の定められた金額を支払うこと、また訴訟等の目的に使用しないことに同意の上、貴院のセカンドオピニオンに申込みます。
1回30,000円＋税

年 月 日

氏名(申込者)

印

患者様の氏名・性別	フリガナ 様 (男・女)
生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)
ご住所	〒 TEL () FAX ()
ご相談者の連絡先	氏名 〒 続柄 TEL () FAX ()
疾患名	# # #
ご相談の具体的内容	
受診している医療機関 ご住所・連絡先	病院名 () (通院中・入院中) 診療科 () () 先生 〒 TEL ()
報告書送付先	(患者様本人) (相談者)
相談日時	年 月 日 時間 :
受付者	

※ 上記内容は、申し込み可否のご本人様へのご連絡以外での使用は致しません。

※ 当院の「個人情報保護方針」は、掲示板をご覧ください。