

# 新松戸中央総合病院 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  
同意のうえ、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。

【料金】30分まで 11,000円(税込)、30分以上 1時間まで 22,000円(税込) ※1時間以降の延長は不可

年 月 日 氏名 印

患者様情報	ご氏名	フリガナ 様 (男・女)
	当院受診歴の有無	(有 ・ 無)
	生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日 ( 歳)
	ご住所	〒
	ご連絡先	TEL ( ) E-mail @ FAX ( )
ご相談に来られる方	ご本人 ・ ご家族(続柄 ) ※ご家族のみ場合は下記の同意書へ記入下さい。	
ご相談者情報 ※患者様ご本人の場合は 記入不要  ※日中連絡の取れる連絡先 をご記入ください。	ご氏名	フリガナ
	ご連絡先	TEL ( ) E-mail @ FAX ( )
疾患名	#1. #2. #3.	
受診希望診療科名	科	
ご相談の 具体的な内容		
紹介元医療機関	主治医の医療機関 ( )病院、診療所 診療科・医師名 ( )科( )先生	

【同意書】 ※ご家族のみでご相談する場合は必ず下記にもご記入ください。

私(患者さん氏名) \_\_\_\_\_ は、(ご相談者) \_\_\_\_\_ に対し  
貴院担当医が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や  
判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日 患者さん氏名 印

【送付先】 新松戸中央総合病院 地域医療連携室 FAX 047-309-4180

TEL 047-345-1111

※ 以下は病院記入欄

セカンドオピニオン外来応需 可 ・ 不可 ⇒ 不可の場合は理由( )

予約日時 : 年 月 日 ( ) 時 分 科 医師