

訴訟等の目的に使用しないこと、最長50分の面談時間に対して自由診療として定められた金額（30分以内税込み16,500円、時間延長の場合10分毎税込み2,200円）を支払うこと及び診療情報提供書を持参することに同意のうえ、以下の内容で貴院のがんセカンドオピニオン外来での相談を申し込みます。

年 月 日 相談者氏名 _____ 印

患 者	ふりがな _____	生年月日 _____	
	氏名 _____ 男・女 _____	年 _____ 月 _____ 日 _____ (歳)	
	住所 〒 _____	TEL _____ (_____)	
		携帯 _____	
		F A X _____	
相談者 (患者本人以外の 場合)	ふりがな _____ 続柄 _____	TEL _____ (_____)	
	氏名 _____	携帯TEL _____ (_____)	
	住所 〒 _____	FAX _____ (_____)	
病名 _____			
*当院で相談を希望する診療科と領域名 (*別添の相談領域一覧からお選び下さい) 例： 内科 肺			
相談の具体的な内容 (目的、今までの経過、現在の状況、知りたいこと等ご自由にお書き下さい。 用紙が不足している場合は、別紙でも結構です)			
・紹介元医療機関等について 病院名 _____ 所在地 _____ 受診している科 _____ 主治医名 _____ 先生 _____ 資料 : 手元にある ・ これから準備 _____ 月 _____ 日迄に揃う予定 資料の内容 : 紹介状 ・ レントゲン ・ 検査データー ・ その他 _____			

*以下は病院記載欄です
 予約日・時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 担当医 _____ 科 _____ 医師 _____
 _____ 時 _____ 分
 相談者の方への連絡 _____ 年 _____ 月 _____ 日 連絡 _____ 担当者名 _____