

セカンド・オピニオン外来申込書

訴訟など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、下記の内容でセカンド・オピニオン外来を申し込みます。

申込日： 年 月 日

(株)日立製作所
ひたちなか総合病院長 殿

相談者氏名 _____ 印

患者	ふりがな 氏名	男 女	生年月日 T・S・H・R 年 月 日 ()歳
	住所 〒		
	電話 ()		
相談者	ふりがな 氏名	男 女	患者との続柄
	住所 〒		
	電話 ()		
病名			
相談事項			
現在の状態	入院中 ・ 通院中 ・ 自宅療養中		
セカンド・オピニオンを受けることを患者本人は同意している	はい	いいえ	
診療経過がわかる資料の(紹介状、レントゲンフィルム、検査結果等)の有無	有	無	

(注) 料金は1回(30分まで)につき11,000円です。以降、30分毎に5,500円を加算します。
別途、消費税を申し受けます。

* 病院記入欄

セカンド・オピニオン外来日	年 月 日 午前・午後 時
セカンド・オピニオン担当医師	
申込者への連絡	済 (月 日) ・未

(株)日立製作所ひたちなか総合病院