

セカンドオピニオン申込書

平成 年 月 日

下記のとおり、セカンドオピニオンを申し込みます。

- 1 ふりがな
患者氏名 _____
生年月日 _____ (歳)
住 所 _____
- 2 依頼者氏名 _____
住 所 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____

3 診 断 名

- 4 受診医療機関
主 治 医
- 5 現在の症状

6 今までの経過

7 主治医からの説明

8 相 談 内 容

- 9 料 金
- | | |
|-------|---------|
| 30分まで | 7,700円 |
| 1時間限度 | 10,800円 |