セカンドオピニオン 申込書

相談料金として 16,500 円を支払うことに同意のうえ、受診医療機関からの紹介状及び資料等を準備し、下記のとおり新潟県立がんセンター新潟病院のセカンドオピニオンを申し込みます。

【患者さんご本人】　　令和　　年　　月　　日

ふりがな	
氏　　名	性　別 （ 男 ・ 女 ）
生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日　（　　歳）
住　　所	〒 連絡のとれる電話番号

【相談者がご家族の場合】・・・家族のみ来院される場合、患者さんご本人の同意書が必要です。

ふりがな	
相 談 者 氏　　名	
住　　所	〒 連絡のとれる電話番号
続　　柄	患者さんの（　　）

以下は記入不要です

【患者情報記入欄】

疾 患 名		来院者	□ 本人　□ 本人および家族 □ 家族のみ
希望する 診 療 科		来院歴 の有無	□あり‥‥最終　　年　　月　　日 □なし　ＩＤ　－　－
受 診 医 療 機 関	［　　］　病院　［　　］科 ［　　］　医院　・　クリニック　・　診療所		
医 師 名			

【病院使用欄】

日　　時	場　　所	説明医師
月　　日（　　） 時　　分から	□ 外来診察室 □ 上記以外（　　）	

【資料受領日】　　月　　日

連 絡 日	担 当