

福岡市立こども病院・感染症センター セカンドオピニオン 申込書

相談結果を訴訟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し、貴院へのセカンドオピニオンを申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 印

受療者	フリガナ 氏名	様		性別	男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (才)			
	住所	〒			
	電話・携帯番号	自宅 - -	携帯 - -		
ご相談者	フリガナ 氏名	様			
	住所	〒			
	電話・携帯番号	自宅 - -	携帯 - -		
	受療者との続柄				
かかりつけの医療機関		病院名 () 病院・医院・クリニック・診療所 主治医のお名前()科 ()先生 所在地 電話番号 - -			
相談の具体的な内容					
用紙が不足している場合は別紙に記入してください。					

料金

1回の相談時間30分まで 10,500 円。(30分を超えた場合は、30分ごとに5,250円を加算)

病院 記入欄

こちらへの記入は不要です。

予 約 日 時	平成 年 月 日 時 分
予 約 変 更 日 時	平成 年 月 日 時 分
担 当 医	科 先生
セカンドオピニオン相談時間	時 分 ~ 時 分 (分)