

黒沢病院附属ヘルスパーククリニック・セカンドピニオン外来 申込書

自由診療料金として以下の定められた金額を支払うこと、また訴訟等の目的に使用しないことに同意の上、貴院のセカンドオピニオンに申込みます。

泌尿器腫瘍:1回30,000円+税

乳腺外科:30分10,000円+税(30分を超える毎に追加料金として10,000円+税を加算)

年 月 日

氏名(申込者)

印

| | |
|-----------------------|---|
| 患者様の氏名・性別 | フリガナ 様 (男・女) |
| 生年月日(年齢) | 年 月 日 (歳) |
| ご住所 | 〒 TEL () FAX () |
| ご相談者の連絡先 | 氏名 〒 続柄 TEL () FAX () |
| 疾患名 | # # # |
| ご相談の具体的内容 | |
| 受診している医療機関 ご住所・連絡先 | 病院名 () (通院中・入院中) 診療科 () () 先生 〒 TEL () |
| 報告書送付先 | (患者様本人) (相談者) |
| 相談日時 | 年 月 日 時間 : |
| 受付者 | |

※ 上記内容は、申し込み可否のご本人様へのご連絡以外での使用は致しません。

※ 当院の「個人情報保護方針」は、掲示板をご覧ください。