

新潟医療生協 木戸病院 セカンドオピニオン 申込書

自由診療の料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、新潟医療生協木戸病院のセカンドオピニオンを申し込みます。

平成 年 月 日

患者	氏名	ふりがな
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	住所	〒 電話: - -
相談者	氏名	ふりがな
	住所	〒 電話: - -
	続柄	
相談希望日	①	年 月 日 時頃
	②	年 月 日 時頃
※ 必ず相談希望日に相談できるとは限らないことをご了承願います。		
疾患名		
相談目的		
受診している医療機関	_____ 病院・診療所 _____ 科	
	医師名: _____	

※ 現在治療を受けられている医療機関から資料および診療情報提供書、申込み用紙、同意書御本人様以外の相談の場合は必要)を添えて郵送して下さい。

※ 料金は、税込み10,800円です。(1時間程度)

※ 相談日は担当医師と相談して連絡票にてご連絡させていただきます。

セカンドオピニオン同意書

私は、下記相談者が私に疾病に対する診断及び治療方針について新潟医療生協木戸病院のセカンドオピニオンを受けることを同意致します。

平成 年 月 日

本人氏名（署名） _____

代理人氏名（署名） _____

（続柄： _____）

相談者氏名（署名） _____

（続柄： _____）

新潟医療生協木戸病院
地域包括部