

セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟などの目的に使用しないこと、相談料金として 11,000 円を支払うことに同意の上、受診中の医療機関からの診療情報提供書及び資料等を準備し、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

令和 年 月 日

■ 相談者が患者さん本人の場合

ふりがな					
氏 名					(男 ・ 女)
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	(歳)
住 所	〒 電話 () -				
新潟県立新発田病院・新潟県立リウマチセンター 診察券					有 ・ 無

■ 相談者が家族等の場合

(患者さん本人の同意書が必要です。ただし、小児や本人が意思を示すことができない場合、同意書は必要ありません。)

ふりがな					
相談者氏名					(男 ・ 女)
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	(歳)
相談者住所	〒 電話 () -				
本人との続柄					

疾 患 名					
ご相談の内容					
受診中の 医療機関	医療機関名			診療科名	
医 師 名					
必要な資料	診療情報提供書・検査データ・画像データなど				

■ 新潟県立リウマチセンター使用欄

日 時	場 所	説明医師	資料受取日	連絡日	担 当