

セカンドオピニオン外来 申込用紙

枠内はもれなくご記入願います

申込日 年 月 日

受付者

A 申し込み者がご本人の場合	
相談者ご氏名	様
生年月日	年 月 日生
ご住所	
お電話番号	() 携帯電話・固定電話どちらか繋がりのやすい番号をお願いします

B 申込者がご本人でない場合 (A欄もご記入下さい)	
申込者ご氏名	様
相談者との ご関係	
ご住所	
お電話番号	携帯電話・固定電話どちらか繋がりのやすい番号をお願いします

現在受診している医療機関名と担当医	病院・医院・クリニック 医師
-------------------	-------------------

セカンドオピニオンを受けたい診療科	科	医師 (<input type="checkbox"/> 医師の指定無し)
-------------------	---	---

ご相談内容

申込用紙患者控

(相談者がお持ち下さい)

相談者ご氏名	様
--------	---

受付年月日 年 月 日

担当者

セカンドオピニオンを受ける方へ ~ よくお読み下さい ~

- 相談内容はあくまでも診断及び治療上の相談に限らせていただきます。
- 完全予約制のため、当日の受診のご希望はお受け出来かねます。
- 予約当日は、予約時間の10分前までにご来院のうえ受付を済ませてお待ち下さい。
なお、担当医の診療の都合によりお待ちいただく場合もございますので、予めご了承ください。
- 受診は、日本鋼管病院の外来部門である、こうかんクリニックにて行います。
- ご本人のご親族がセカンドオピニオンをお受けになる場合、ご本人の同意書(書式自由・ご本人捺印のもの)が必要となりますので、当日必ずご持参下さい。お忘れになった場合、セカンドオピニオンを受けられない場合があります。
- 現在治療を受けている方は、必ず「こうかんクリニック」宛の紹介状を作成してもらい、当日ご持参下さい。
また、検査データやレントゲン・CT・MRIのフィルム等、ご相談に関するデータも一緒にご持参願います。
なお、持参物に不備がある場合は、詳細な相談を受けることができない場合があります。予めご了承ください。
- セカンドオピニオンは保健適用外となります。
最初の30分までは¥10,800(税込)、以降30分毎に¥5,400(税込)を申し受けますので、予めご了承ください。

日本鋼管病院 神奈川県川崎市川崎区鋼管通1-2-1 TEL 044-333-5591
こうかんクリニック 神奈川県川崎市川崎区鋼管通1-2-3 TEL 044-366-8900

本件に関するお問い合わせは TEL 044-366-8900 担当:大橋 までお願いします