柏葉脳神経外科病院

セカンドオピニオン外来申込書

病院に対する苦情や訴訟等には使用しないこと及び自由診療料金として 1 時間 20,000 円（税込）を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます

受付日：　　年　　月　　日

（ふりがな）

患者氏名・性別：　　様　（　男　・　女　）

生年月日：大正、昭和、平成、令和　　年　　月　　日生　（　　歳）

〒（　　－　　）

住　所：

連絡先：ＴＥＬ（携帯）　　ＦＡＸ

（ふりがな）

相談者氏名：　　続柄　本人・家族（　　）

〒（　　-　　）

住　所:

連絡先：ＴＥＬ（携帯）　　ＦＡＸ

病名

相談内容：相談内容を具体的に記入してください

紹介元医療機関：医療機関名

主治医