

亀田第一病院 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、
亀田第一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 (才)			
	住所	〒 電話： — —			
相談者	氏名	ふりがな			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (才)			
	住所	〒 電話： — —			
	続柄				
相談希望日	①	年	月	日	時頃
	②	年	月	日	時頃
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： _____				

現在治療を受けている医療機関からの資料および紹介状をお持ち下さい。

料金は、税込み10,800円になります。(1時間以内)

ご本人以外がセカンドオピニオンを受ける場合は、ご本人の同意書が必要になります。

亀田第一病院地域連携課 電話025-382-3111 (内169) F A X025-382-7708

E-mail:renkei@ijn.or.jp