

新潟市民病院 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、新潟市民病院のセカンドオピニオンを申し込みます。

令和 年 月 日

患者	氏名	ふりがな (男・女)
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (才)
	住所	〒 電話: — —
相談者	氏名	ふりがな (男・女)
	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: _____	

- * 現在治療を受けられている医療機関からの資料および紹介状をお持ちください。
- * 料金は、税込み 11,000 円です(1 時間程度)。