

セカンドオピニオン外来 同意書

私の病状についての診断の内容や、現状および治療法等に関するセカンドオピニオンについて、
JCHO 東京山手^{やまて}メディカルセンターに申し込みます。

本人が来院できない場合、署名できない場合は、続柄を証明できる書類をお持ちください。

(形式は問いません)

相談者	本人 ・ 家族 ・ その他 ()
患者氏名 性別	ふりがな 氏名 性別 (男・女)
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日生
相談者	ふりがな 氏名 性別 (男・女)
患者本人の署名	<u>本人の署名</u> 印
患者以外の場合の 相談者の署名	<u>本人以外 (代表者)</u> 署名 印

〈時間・料金〉

30分まで22,000円 60分まで15分毎に5,500円を追加

この用紙は、当日にご持参ください。