



「セカンドオピニオン（病気相談・健康相談）」  
申込書

平成 年 月 日

医療法人総志会

宗像靖彦クリニック 院長 殿

私（氏名 \_\_\_\_\_）は、私の病状についての診断や、  
現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオン（病気相談・健康相談）  
を受けることを、下記事項に同意の上、貴院に申し込みをいたします。

- セカンドオピニオンの主旨（ホームページ記載）について
- セカンドオピニオン料金として、定められた金額を支払うこと
- セカンドオピニオン日時決定後の変更・キャンセルはできないこと
- セカンドオピニオン当日をキャンセルした場合は、定められた金額を支払うこと
- 主治医あての報告書（診療情報提供書）は相談料には含まれないこと（希望時作成）
- 訴訟の目的に使用しないこと

（確認・同意いただいた項目に、✓を記入してください。）

ご本人署名 \_\_\_\_\_ 印

住所：

電話番号：

（ご本人が未成年の場合）

ご相談者＜保護者等＞

署名 \_\_\_\_\_ 印

＜続柄 \_\_\_\_\_＞