

八重洲クリニック 乳腺病理外来 申込書

私は、八重洲クリニック 乳腺外来受診に際して下記事項に同意のうえ、申し込み致します。

※同意について、下記項目にチェック を入れてください。

訴訟等の目的に使用しないこと

医療費・医療給付に関する相談目的に使用しないこと

ご記入日： 平成 年 月 日

患者様 情報	フリガナ				性別	男 ・ 女
	氏 名				(印)	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日 (歳)
	住 所					
	電話番号		携帯電話			
現在の 状況	医療機関情報	病院名：			医師名：	医師
	疾患名	①	科 (疾患：)
ご提出 資料	▼ご提出が可能な資料に○印をお付けください ※顕微鏡標本(プレパラート)のみ必須となります。					
	〔準備資料： 生検あるいは手術検体の病理診断報告書のコピー ・ 生検あるいは手術検体のプレパラート 〔準備状況： 手元にある ・ これから準備(月 日までに準備可能) 〕					
ご相談の具体的な内容をご記載ください。 ※用紙が不足の場合は、別紙でも結構です。						

〔 料金について 〕

30分 10,000円、30分～1時間 20,000円 (最長1時間) です。(消費税別)