

セカンドオピニオン外来 申込書

私は、次のとおりセカンドオピニオン外来を申込みします。

なお、この内容は訴訟等に利用しない事と、保険外診療としての料金を支払う事を約束します。

平成 年 月 日 申込者（相談者） _____ ⑩

患者様氏名	様 (男・女)
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)
患者様住所	〒
相談者の連絡先	T E L F A X
患者様の続柄	ご本人 ・ ご家族 (続柄)
患者様の病名	
相談の 具体的な内容	
主治医の 医療機関および 連絡先	() 病院・診療所 () 科 () 先生 住所 電話