日本医科大学多摩永山病院　セカンドオピニオン外来申込書

私はセカンドオピニオンの主旨を十分に理解し、訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

令和　　年　　月　　日　　患者氏名　　印

本人以外の場合の相談者氏名　　印

患 者 ※カルテを作成するため記入もれのないようお願いいたします。	ふりがな 氏　名	（ 男 ・ 女 ）
	生年月日	（大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日（　　歳）
	住　所	〒　　－
	電話番号	（　　）
相談者	続　柄	本人 ・ 家族（続柄 ：　　）
	ふりがな 氏　名	
	連 絡 先	※日程のご連絡をするため、常に連絡可能な番号をお願いいたします。 電話番号 ：　　（　　） 携帯電話 ：　　（　　）
	同 席 者	※相談者様の他に同席されるご家族がいらっしゃいましたら、ご記入ください。 氏名　　（続柄 ：　　） 氏名　　（続柄 ：　　）
現在の状況		疾患名 医療機関名　　（　）通院中（　）入院中 診療科名　　主治医氏名 住所　　電話番号　（　　）
当日持参される資料		（　）画像（□フィルム ・ □CD-ROM）※□に必ずチェックをお願いします。 （　）検査記録　その他（　　）
備　考 ※相談したい内容等、何かございましたらご自由にお書きください。		

日本医科大学多摩永山病院　医療連携室

〒206－8512　東京都多摩市永山1-7-1　TEL:042-371-2111(大代表)

※当院記入欄

相談日時	令和　　年　　月　　日　　時～　相談場所:　F
担当医師	科　　先生
備　考	担当者名: