日本医科大学付属病院　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。

西暦　　年　　月　　日　　患者氏名　　印

本人以外の場合の相談者氏名　　印

患者様 ※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	西暦　　年　　月　　日（　　歳）
	住　所	〒　　－
	連絡先	TEL：　　（　　）　　FAX（お持ちの方）：　　（　　）
相談者様	続　柄	本人・家族（続柄：　　）
	ふりがな 氏　名	
	住　所	〒　　－
	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：　　（　　） FAX（お持ちの方）：　　（　　）
	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：　　）
患者様の現在の状況		医療機関名　　（　）通院中（　）入院中
備　考		

日本医科大学付属病院　医療連携室　〒113-8603　東京都文京区千駄木1-1-5　TEL:03-5814-6451

※当院記入欄

ＩＤ	
相談日時	西暦　　年　　月　　日　　時　　分～　相談場所：
担当医師	科　　先生
備　考	担当者名：　　（内線3010）