

セカンドオピニオン外来申込書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分に理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと及びセカンドオピニオン料として定められた費用（自費）を支払うことに同意のうえ、下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます。

※ 申込日・申込者名及び太枠内を記入し医療連携室宛、FAX または郵送で送付願います

申込書記入日 年 月 日 申込者氏名 印

患者氏名等	フリガナ 氏 名 男・女 西暦 年 月 日生（ 歳）	
	住 所	〒
	電話番号	
相談者氏名等	※患者ご本人が相談される場合は、記入していただく必要はありません。 フリガナ 患者との続柄（ ） 氏 名 男・女	
	住 所	〒
	電話番号	
現在の 通院先 入院先	病 名	
	病 院 名	
	診 療 科 名	_____ 【通院中・入院中・その他（ ）】
	主 治 医 氏 名	_____
主治医連絡先		_____
相談したい 内容		
現在の状態 等		
その他 来院不可日		

※本申込書を受領後、受診の可否及び受診日程についてご連絡いたします。なお、受診日程は原則として申込書受領後 14 日以内に設定させていただきます。

医療連携室 Tel 03-3448-6111 Fax 03-3448-6071
 〒141-8625 東京都品川区東五反田 5-9-22

病院 記入 欄	受診の可否 可・否
	受診日時 年 月 日 時 分

N T T 東日本関東病院