

東京都済生会中央病院

セカンドオピニオン申込書

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を申し込みます

平成 年 月 日

氏名

印

続柄

(患者さん又は患者さんの同意を得ている家族)

患者さんの氏名(フリガナ)・性別	男・女
患者さんの生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
ご相談者の 住所及び連絡先	〒
	電話番号
	携帯電話
	E-mail :
疾患名	
ご相談内容	
希望診療科名	
希望医師名	
患者さんの現在の状況	入院中 / 通院中
	医療機関名
	担当医 _____ 科 _____ 医師
	所在地 _____
添付する資料 (○印をつけてください)	<ul style="list-style-type: none"> ・セカンドオピニオン専用紹介状(診療情報提供書) ・画像診断フィルム ・検査データ ・その他 (