

セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的で使用しないこと及び相談料として定められた金額をお支払いすることに同意の上、
下記のとおり貴院のセカンドオピニオン外来を申込みいたします。

年 月 日 氏名 印

氏名、性別	(男 ・ 女)
生年月日	年 月 日 (歳)
ご住所	〒 -
ご相談者の連絡先	自宅 携帯
ご相談者の続柄	本人 ・ 家族 (続柄)
疾患名	1.
	2.
	3.
ご相談の具体的内容 (別紙可)	
現在受診している 医療機関名	医療機関名
	住所
	電話
	主治医 科 先生