

丸の内病院セカンドオピニオン外来 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外来相談を申し込みます。

西暦	年	月	日	相談者氏名 _____
フリガナ				
患者様の氏名・性別	_____ 様 (男・女)			
患者様の生年月日	(大正、昭和、平成、令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日生			
患者様の住所・電話	〒 _____ 連絡可能な電話 _____			
フリガナ				
相談者の氏名 (患者様と違う場合のみ記入)	_____ 様 (男・女)			
相談者の住所・電話	〒 _____ 連絡可能な電話 _____			
患者様との続柄	ご本人 ・ ご家族 (続柄 _____)			
疾患名	# 1. # 2. # 3.			
相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合は別紙でも結構です)				
主治医の医療機関名 診療科・医師名	(_____) 病院・診療所 (_____) 科 (_____) 先生			

丸の内病院 地域医療連携室 (セカンドオピニオン外来受付)

電話 : 0263-28-3010

FAX : 0263-28-3011