

# 八千代医療センター 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受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者さま情報	フリガナ ご氏名			様 (男・女)
	当院受診歴の有無	有	無	
	生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成)	年	月 日 ( 歳)
	ご住所	〒		
	ご連絡先	電話 ( )	携帯 ( )	FAX ( )
ご相談に来られる方	ご本人 ・ ご家族 (続柄 )			
	フリガナ ご氏名			
	ご連絡先	電話 ( )	携帯 ( )	FAX ( )
疾患名	# 1 # 2 # 3			
ご相談の具体的な内容	治療経過、現在の状況等も詳しくご記入ください。用紙が不足している場合は別紙でも結構です。医療機関からお申込みの場合は診療情報提供書も一緒にお送りください。			
受診希望診療科名				
紹介元医療機関	主治医の医療機関 ご氏名	科	病院・診療所 先生	

同意書 ※ご家族の方のみでご相談に来られる場合は下記にも必ずご記入ください。

<p>私 (患者様氏名 _____) は、(ご相談者) _____ に対して、貴院担当医が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">患者様氏名 _____ 印</p>
--

送付先 東京女子医科大学八千代医療センター 〒276-8524 千葉県八千代市大和田新田 477-96

TEL. 047-458-6543 FAX. 047-458-6545

(事務使用欄) 当院からの連絡予約日時：平成 年 月 日 :