

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を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者氏名 : _____ ⑩

患者さま情報	フリガナ			
	氏名	様 (男・女)		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 (歳)
	当院受診歴	無 ・ 有 (平・令 年 月頃 /		科)
	ご住所	〒 _____		
	ご連絡先	携帯	()	
電話		()		
FAX		()		
ご相談者に来られる方	ご本人 ・ ご家族 (本人との続柄)			
	フリガナ			
	氏名			
	ご連絡先	携帯	()	
電話		()		
FAX		()		
疾患名	#1			
	#2			
	#3			
受診希望診療科名	科			
ご相談の具体的な内容	治療経過、現在の状況も詳しくご記入下さい。用紙が不足する場合は別用紙でも結構です。 医療機関からお申込の場合は診療情報提供書も併せてお願い致します。			
紹介元医療機関	医療機関名	病院・診療所		
	診療科・医師名	科		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。

私(患者様氏名: _____)は、相談者(氏名: _____)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を作成することに同意します。

令和 年 月 日 申込者氏名 : _____ ⑩

申込先: 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】 予約日時: 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分