

東京北医療センター セカンドオピニオン外来申込書

医療訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料として定められた金額を支払うことに同意のうえ、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申込みます。

患者情報	ふりがな	
	氏名	Ⓜ (男・女)
	当院受診歴の有無	(あり ・ なし)
	生年月日(年齢)	(明・大・昭・平・令) 年 月 日 (歳)
	住所	〒
	連絡先	電話番号 ファックス
相談者	本人 ・ 家族 (続柄:)	
相談者情報	ふりがな	
	氏名	
	連絡先	電話番号 ファックス
疾患名	①	
	②	
	③	
希望診療科・医師		
相談内容		
紹介元医療機関	主治医医療機関 () 病院・診療所 () 科 () 先生	

【同意書】 ※ご家族のみで相談する場合は、必ず下記にもご記入下さい。

私(患者氏名)_____は、(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、今後の見通しについて、意見や判断を述べることに同意致します。

年 月 日

患者氏名 Ⓜ

【送付先】 東京北医療センター 地域連携センター 〒115-0053 東京都北区赤羽台4丁目17番56号

ファックス 03(5963)3313 / 電話番号 03(5963)3311

※「セカンドオピニオン外来申込書」については来院当日に原本を【初診受付】にご提示ください。

※ 以下は記載しないでください。

当院からの連絡予約日時 年 月 日 () 時 分 科