

セカンドオピニオン外来 申込書

患者さま	(ふりがな)		性 別
	氏 名		(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日	歳
	住 所	〒	
	TEL		
相談者 (ご本人の場合 には不要)	(ふりがな)		続 柄
	氏 名		
	住 所	〒	
	TEL		
項目の確認とチェックを お願いします		<input type="checkbox"/> 30分 10,000円 <input type="checkbox"/> 訴訟の目的にしない <input type="checkbox"/> 相談は本人・家族 <input type="checkbox"/> 診察ではなく意見提供 <input type="checkbox"/> 同意書 (代理同意書) 当日持参	
ご相談の具体的な内容			
資料に○を入れてください (X線・CT・MR・内視鏡・心電図・超音波・その他)			
医療機関名			
所在地			
診療科		担当医師	
TEL		担当者	
FAX		申込日	年 月 日