

見 本

東京医科歯科大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来 申込書

当院記入欄【 ID : 記入不要です 】

患 者	フリガナ 氏 名	イカシカ タロウ 性 別 医科歯科 太郎 (男・女)
	生 年 月 日	西暦 ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 (○○ 歳)
	国 籍	○○○○
	現在の状況	☒ 通院中 ☐ 入院中
	当院の受診歴	☒ なし ☐ あり (診察券の番号 :)
代理人	住 所	〒 113 - 85XX 東京都文京区湯島 1-5-XX
	法 人 名	○○○○株式会社
	連 絡 先	TEL ○○ (○○○○) ○○○○ 携帯番号 ○○○ (○○○○) ○○○○
相 談 されたい 病 名	#1	○○○○○
	#2	※ご相談されたい病名をお書きください。
ご相談 内 容	① 手術での切除は可能ですか ② もっとも良い治療方法は何ですか ③ 日常生活で気を付けた方がいいことはありますか など ※ご質問を箇条書きでご記入ください。 ※記入欄が足りない場合は別紙でご用意いただいても構いません。	
現医療機関 ○○○○○○ (病院・医院) ○○○ 科 ○○ ○○ 先生		
当日来られる方	(本人・代理人・家族 (続柄 : 妻・息子))【計 4 名】	
支払い方法	本人 (当日支払) / 代理人 (請求書支払)	

本文章をよくお読みいただき、ご了承された上で、
ご署名をお願いいたします。として定められた金額 88,000 円(税込)を
セカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

○○○○年 ○○月 ○○日

記入者氏名 医科歯科 太郎

(※) 本人または代理人が自署すること。

東京医科歯科大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来 申込書

当院記入欄【 ID : _____ 】

患 者	フリガナ 氏 名	性 別 (男 ・ 女)
	生 年 月 日	西暦 年 月 日 (歳)
	国 籍	
	現在の状況	☐ 通院中 ☐ 入院中
	当院の受診歴	☐ なし ☐ あり (診察券の番号 : _____)
代理人	住 所	〒 -
	法 人 名	
	連 絡 先	TEL () 携帯番号 ()
相 談 されたい 病 名	#1 #2	
ご相談 内 容	※ご質問を箇条書きでご記入ください。記入欄が足りない場合は別紙でも構いません。	
現医療機関 _____ 病院・医院 _____ 科 _____ 先生		
当日来られる方	本人・代理人・家族 (続柄 : _____) 【計 名】	
支払い方法	本人 (当日支払) / 代理人 (請求書支払)	

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 **88,000 円(税込)**を支払うことに同意の上、上記の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年 月 日 記入者氏名 _____

(※) 本人または代理人が自署すること。