

(別紙様式1)

東京医科歯科大学歯学部附属病院 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の受診を申し込みます。

(※セカンドオピニオン外来料：43,200円 セカンドオピニオン外来料(海外在住)：86,400円)

平成 年 月 日

患者ご本人の署名(原則として未成年者以外必須)

㊞

ご本人以外の相談者の署名

㊞

患者氏名、性別	ふりがな 氏名 (男・女)
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
ご相談者氏名	ふりがな 氏名 (患者との続柄：)
ご相談者の連絡先	〒 住所： TEL： () FAX： ()
ご相談の具体的な内容	
主治医の医療機関とお名前	() 病院・診療所 住所：〒 () TEL： () () 科 () 先生

(病院記入欄)

実施の可否	可・否(可否決定後、受入可否通知書を作成する。申込者に送付します。※否の場合は、必ず理由を記載のこと。)	受付担当 歯科医師印	診療科長 印
相談予定日	第1候補： 年 月 日() 時 分(歯科医師：) 第2候補： 年 月 日() 時 分(歯科医師：) 第3候補： 年 月 日() 時 分(歯科医師：)		
申込書受理日	連絡日時(担当)	備 考	