

# 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 医科歯科 太郎	性別 (男・女)
	生年月日	西暦 ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 (○○ 歳)	
	住所	〒 113 - 8519 東京都文京区湯島 1-5-45	
	連絡先	TEL ○○ (○○○○) ○○○○ 携帯番号 ○○○ (○○○○) ○○○○	
	現在の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	
	当院の受診歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券の番号: )	
相談者	フリガナ 氏名	イカシカ ハナコ 医科歯科 花子	(続柄: 妻)
		○○ (○○○○) ○○○○	
		○○○ (○○○○) ○○○○	
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
当日同席される方	本人・家族 (続柄: 妻・息子・娘) 【計 4 名】		

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 **44,000 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

相談者本人署名

医科歯科 花子

# 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 曆	年 月 日 ( 歳 )
	住 所	〒 _____	
	連 絡 先	TEL ( )	携帯番号 ( )
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	
	当院の受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券の番号 : _____)	
相談者	フリガナ 氏 名	( 続柄 : _____ )	
	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		
当日同席される方	本人・家族 (続柄 : _____) 【計 _____ 名】		

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 **44,000 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 相談者本人署名 \_\_\_\_\_