

# 見本

## 東京医科歯科大学病院 医科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<br>氏名   | イカシカ タロウ<br>医科歯科 太郎  | 性別<br>(男・女) |
|                     | 生年月日   | 西暦 ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 (○○ 歳)   |             |
|                     | 住所   | 〒 113 - 8519<br>東京都文京区湯島 1-5-45  |             |
|                     | 連絡先  | TEL ○○ (○○○○) ○○○○<br>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<br>氏名   | イカシカ ハナコ<br>医科歯科 花子  | (続柄 : 妻)    |
|                     | TEL<br>携帯番号  | ○○ (○○○○) ○○○○<br>○○○ (○○○○) ○○○○  |             |
| 病名                  | ○○○○○ ※相談したい病名をお書きください。  |  |             |
| 相談内容                | ① 手術での切除は可能ですか<br>② もっとも良い治療方法は何ですか<br>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 |  |             |
| 現医療機関               | ○○○○○ (病院) 医院<br>○○○ 科 ○○ ○○ 先生                                    |  |             |
| 当日同席される方<br>【計 2 名】 | 1, 本人のみ (2, 本人, 家族 (妻))<br>3, 家族のみ (※家族のみの場合は別途、<br>相談同意書が必要)      |  |             |

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。

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

# 東京医科歯科大学病院 医科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<br>氏 名                             |   | 性 別<br>( 男 ・ 女 ) |
|                   | 生 年 月 日                                 | 西 暦   | 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<br>氏 名                             | ( 続柄 : )  |                  |
|                   | 連 絡 先                                   | TEL ( )   | 携帯番号 ( )         |
| 病名                |   |   |                  |
| 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<br>_____ 科 _____ 先生         |   |                  |
| 当日同席される方<br>【計 名】 | 1, 本人のみ 2, 本人, 家族 ( )<br>3, 家族のみ ( )    |   |                  |

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 \_\_\_\_\_