

## 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（31,500円）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受診を申し込みます。

平成      年      月      日		相談者氏名	印
患 者	氏名, 性別	(ふりがな) _____ 殿 (男, 女)	
	生年月日 (年齢)	(大正, 昭和, 平成)      年      月      日生 (      歳)	
	住 所	〒      -	
	連絡先	TEL(      -      -      )      FAX(      -      -      ) 携帯(      -      -      )	
相 談 者	住 所	〒      -	
	連絡先	TEL(      -      -      )      FAX(      -      -      ) 携帯(      -      -      )	
	続 柄	本人 ・ 家族 (続柄      )	
疾患名		# 1. # 2. # 3.	
具体的な相談内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)			
紹 介 元 医 療 機 関	医療機関名, 主治医	(      ) 病院、診療所 (      ) 科 (      ) 先生	
	住所, 連絡先 (分かる範囲で 結構です)	〒      - 住 所 _____ TEL(      -      -      )      FAX(      -      -      )	

※相談者は、太枠内へ自署・押印願います。