成人医学センターセカンドオピニオン外来申込書

平成　　年　　月　　日

＊医療訴訟及び医療給付等に係わるご相談はお受けできません。

患者様	ふりがな	男・女	明・大・昭・平 生年月日 年　月　日
	氏名　　様		
	〒 住所	電話　（　　）	
相談者が患者様ご本人ではない場合はご本人の同意書(別途様式有)が必要となります。			
相談者様	ふりがな	患者様との続柄 ：	
	氏名　　様		
	〒 住所	電話　（　　）	

希望診療科　【　　】科

病　名

現在受診している医療機関

所在地　　電話　（　　）

名　称

診療科名　　医師名

今までの経過

・

・

ご相談の目的（セカンドオピニオンを求めたい内容を箇条書きでお願いします。）

・

・

・

持参資料　□カルテ（写）（　　枚）□レントゲンフィルム（　　枚）

□CD（　　枚）□その他（　　）

東京女子医科大学附属成人医学センター