

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、自由診療料金として定められた料金を支払うことを了承した上で、貴院の医師による意見や判断により、現在の治療に際して参考にいたしたく、セカンドオピニオン外来を申込みます。

平成 年 月 日

ご相談者 ふりがな 氏名： _____ (患者様との続柄： _____)
 (患者様又は患者様の同意を得ているご家族)

患者様の住所・氏名・性別・生年月日・連絡先	〒： 住所：
	<small>ふりがな</small> 氏名： _____ 男・女
	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	電話番号： () FAX： ()
	Eメール：
相談者の方の住所及び連絡先 (患者様が相談者の場合は記載は不要)	〒： 住所：
	電話番号： () FAX： ()
	Eメール：
ご相談の内容 (欄が足りない場合は別紙にお書き下さい。)	
患者様の現在の状況	・通院中(年 ヶ月) ・中断 通院先医療機関名及び主治医のお名前 歯科医院名： 主治医名： 住所： 電話番号： () FAX： ()
当日ご持参いただく資料	・画像：(枚) ・検査データ： 有 ・ 無 ・模型： 有 ・ 無 ・その他：

相談内容によりお引き受けできない場合がありますので、ご了承ください。