東京医科大学八王子医療センター オンラインセカンドオピニオン外来 申込書

私の病状についての診断の内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を下記事項に同意の上、東京医科大学八王子医療センターに申込みを致します。

Ⅰ 「案内書」 の記載事項
Ⅱ 訴訟の目的に使用しないこと
Ⅲ 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

西暦　　年　　月　　日

患者本人署名（原則として 18 歳未満以外必須）　　印

本人以外の相談者署名　　印

相談者	□本人　□家族
希望診療科	腎臓外科
患者氏名（ふりがな）、性別	氏名（しめい）　（男　女）
生年月日（年齢）	（西暦）　年　月　日（　歳）
相談者氏名	氏名　（続柄　）
相談者の連絡先	〒 住所： 携帯電話番号　（　） Mail　@
主治医の医療機関とお名前	（　）病院　診療所 （　）科（　）先生

病院記入欄（ 受付番号　）		申込書受理日	年　月　日
実施の可否	可　否		
相談予定日時	年　月　日　時　分 担当医（　）		
担当診療科	腎臓外科	科長確認	
相談日時	年　月　日（　）　時　分	連携担当	