

セカンドオピニオン申込書

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター院長 殿

この度、貴院にて下記の患者に関わるセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者及び相談者ともにその趣旨を理解し、患者の同意のもと申し込みいたします。

なお、医療費用、医療給付、医療訴訟などに関わる相談はいたしません。

年 月 日

(フリガナ)		男	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者氏名		女		
住 所	〒 ー TEL ()			

(フリガナ)		男	生年月日	明・大・昭 年 月 日
相 談 者 氏 名		女	患者との続柄	
住 所	〒 ー TEL ()			

現在、診断されている病名

相 談 目 的

治療経過ならびに患者さんの現在の状況

現在の通院先又は入院先

医療機関名 (担当医)

TEL ()

所 在 地