

セカンドオピニオン外来 申込書

以下の内容に同意の上、セカンドオピニオン外来に申し込みます。

- ① 診療情報提供書や検査資料等が準備できる
- ② 医療費用・医療給付・訴訟などの目的には使用しないこと
- ③ 自由診療料金として定められた金額を支払うこと
- ④ 説明の際に受領した資料を第三者（主治医を除く）へ提出しないこと
- ⑤ 相談中に相談内容を録音しないこと

※ 太枠内をご記載ください。 また□チェックボックスに☑をいれてください。

お申込み日付	年 月 日		
ご相談者	ご氏名：		
患者さんの氏名、性別	フリガナ		
	様 (<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女)		
生年月日 (年齢)	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦		
	年 月 日 歳		
ご住所	〒 - 県 市・郡・区・町・村		
	※アパート、マンション名・部屋番号もご記入ください。		
ご連絡先	<input type="checkbox"/> TEL ()	電話については午前9時～	
	<input type="checkbox"/> 携帯 ()	午後6時で連絡の取れるものに	
	<input type="checkbox"/> Mail	☑をいれてください。	
ご同伴される方	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	ご家族 (続柄) ()
疾患名 (おわかりになる範囲で結構です。)			
ご相談の具体的内容 (ご自由にお書きください。 用紙が不足する場合は別紙でも結構です)			
現在おかけの医療機関と 主治医名とその連絡先	病院・医院・クリニック		
	診療科名		主治医名 先生
	電話番号	()	

<お申込み・お問い合わせ先>

〒461-0025

愛知県名古屋市東区徳川1-407-2

Fortress TOKUGAWA 2F

Shurenkai Dental

Prosthodontics Institute

Tel : 080-1350-9777

Fax : 052-937-1315

Mail: shurenkai.d.c@shurenkai.com

※当院使用欄

申込者への連絡 済・未

実施日

年

月

日

時