

セカンドオピニオン申込書

東京慈恵会医科大学附属柏病院長 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致します。

尚、治療結果の評価、医療費用、医療給付、医療訴訟などに関わる相談は致しません。

年 月 日

(フリガナ)		男	生年月日	年 月 日 (歳)
患者氏名		女		
住 所	〒 -		TEL	()

(フリガナ)		男	生年月日	年 月 日
相談者氏名		女	患者との続柄	
住 所	〒 -		TEL	()

病 名
相談の目的
今までの治療経過
患者さまの現在の状況・その他
現在の通院先又は入院先
医療機関名 _____
所在地 _____
TEL ()