

順天堂大学医学部附属静岡病院 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内容や、現在及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、順天堂大学医学部附属静岡病院に申し込みをいたします。

- 「セカンド・オピニオン外来のご案内」の記載事項
- 訴訟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金額を支払うこと

平成 年 月 日

患者本人署名 (原則として18歳未満以外必須)

㊞

本人以外の場合の相談者署名

㊞

相 談 者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
希 望 診 療 科	科	希望医師名	
患者氏名・性別	<small>ふりがな</small> 氏 名 (男・女)		
生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)		
相談者氏名	<small>ふりがな</small> 氏 名 (続柄:)		
相談者の連絡先	住 所 : TEL () FAX ()		
主治医の医療機関 とお名前	() 病院、診療所、クリニック ()科 ()先生		
ご 相 談 内 容			

お申し込み先(予約・受付)

〒410-2295 静岡県伊豆の国市長岡1129

順天堂大学医学部附属静岡病院

予防医学センター セカンド・オピニオン外来予約係

TEL 055-948-3111(内線1200) FAX 055-947-3911