

セカンドオピニオン申込書

日本歯科大学附属病院 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。

※記入漏れのないようにお願いいたします。

記入日 平成 年 月 日

ふりがな 患者氏名	(男・女)	明・大・昭・平 年 月 日 (生 才)
住 所	〒 (連絡先)Tel ()	
ふりがな 相談者氏名	(男・女)	明・大・昭・平 年 月 日 (生 才)
住 所	〒 (連絡先)Tel ()	
相談の目的 (□にチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 診断や治療方針の確認 <input type="checkbox"/> 他の治療方針の有無・妥当性 <input type="checkbox"/> その他		
今までの治療経過		
現在の状況・その他		
相談希望日 (必ず第三希望までお書き下さい) 第一希望 月 日 ・ 第二希望 月 日 ・ 第三希望 月 日		
現在通院または入院先の医療機関 名 称 所在地	担当医師名 Tel ()	

郵送または FAX をお願いいたします。	送 着 方 向	※当院記載欄	受付日 年 月 日
	FAX 03 (3261) 3924		

同意書

日本歯科大学附属病院 殿

私、 _____ は

(代理人氏名)

(患者本人との関係)

(住所)

(電話番号)

を代理人として、貴院にて私に関わるセカンドオピニオンの提供を受けること、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

(患者本人)

住 所:

氏名(自署):

Ⓔ

生年月日: 明治・大正・昭和・平成・西暦

年 月 日生