

# 東京品川病院セカンドオピニオン受診申込書

下記事項に同意の上、私の病状に対する診断内容や現在および今後の治療方針に関するセカンドオピニオンの受診を申し込みます。

- 訴訟に関わる相談はしないこと
- 自由診療料金として定められた料金を支払うこと

西暦 年 月 日

患者署名

患者氏名・性別	ふりがな 氏名	男・女
患者生年月日(年齢)	西暦 年 月 日 ( 歳)	
代理人氏名・続柄 (代理人のみが受診の場合に記入)	ふりがな 氏名	続柄
代理人の連絡先	住所 〒  TEL : FAX :	
現在受診している医療機関	医療機関名 : 診療科 : 科 主治医名 : 現在の状況 : 1. 入院中 2. 外来通院中	
相談の目的	1. 提案されている治療のどれを選ぶか相談したい 2. 現在の治療以外の治療法がないか相談したい 3. 病状・診断について内容を確認したい・詳しく聞きたい 4. その他	