

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター
セカンドオピニオン外来 申込書

私は、貴院のセカンドオピニオン外来の方針を理解し、訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額（自費）を支払うこと、主治医宛の報告書が作成されることに同意の上、以下の内容により貴院のセカンドオピニオンでの相談を申込みます。

記入日 西暦 年 月 日

患者本人署名（原則として 18 歳以上の場合は必須） 印
本人以外の申し込み者の署名（保護者等） 印（続柄 ）
セカンドオピニオン外来予約日 西暦 年 月 日 時 分 予約

患者本人	ふりがな	(男・女)		生 年 月 日	
	氏 名			西暦	(満 歳) 年 月 日生
	住 所	〒 TEL			
ご相談者	ふりがな			患者さんとの続柄	
	氏 名		電話		
	住 所				
ご相談者	ふりがな			患者さんとの続柄	
	氏 名		電話		
	住 所				
病名					
現在の主治医及び医療機関名 病院 科 住所 主治医名 電話番号					

送付先 〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2丁目10番1号
国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 医療連携室セカンドオピニオン外来担当宛
電話番号 03-3416-0181(代)

確認内容【病院記入欄】

電話受付日 年 月 日 連絡者	受付サイン	申込書受付日 年 月 日	受付サイン
担当診療科	担当医	日時 月 日 時	
資料（同封）有・無	月 日 に連絡済み	医事係長	外来算定
I D 番号			
備考			