

島田療育センター  
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 時予約

患者本人	ふりがな		生年月日	
	氏 名	男・女	西暦	年 月 日 (満 歳)
	住 所	〒		
	電話番号			
ご相談者	ふりがな		続柄	
	氏 名			
	住 所	〒		
	電話番号			
病名				
<div>現在の主治医及び医療機関名</div> <div>住所</div> <div>主治医名</div>				
<div>病院</div> <div>科</div> <div>電話番号</div>				

送付先 〒206-0036 東京都多摩市中沢 1-31-1

島田療育センター 医療相談科 セカンドオピニオン外来担当宛

電話番号 042-374-2607 (直)