

セカンド・オピニオン申込書

私はセカンド・オピニオンの主旨を十分に理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと及びセカンド・オピニオンの料金として定められた費用を支払うことに同意のうえ下記のとおりセカンド・オピニオンを申し込みます。

※申込日、申込者名及び太枠内をご記入の上、下記事務局あてに郵送願います。

申込書記入日 令和 年 月 日 氏名 印

患者 氏名等	フリガナ 明治・大正 氏 名 男・女 昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)	
	住 所	〒
	電話番号	
相談者 氏名等	※患者様ご自身が相談される場合は、記入していただく必要はございません。 フリガナ 患者との続柄 () 氏 名 男・女	
	住所	〒
	電話番号	
現在の通院 先・入院先	病名	
	医療機関名	診療科名 【通院中・入院中】
	医療機関住所連絡先	
	主治医名	
相談したい 内容(具体的 にご記入く ださい)		
現在の状 態・その他		

※セカンド・オピニオンの可否及び相談日程については、原則として本申込書受領後7日以内にご連絡させていただきます。

送付先 : 東京都健康長寿医療センター 医療サービス推進課医事係

〒173-0015 東京都板橋区栄町35番2号

電話03(3964)1141内線1121~1124

東京都健康長寿医療センター