

(国研) 国立循環器病研究センター セカンドオピニオン外来申込書

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を支払うことに同意の上、下記の内容で、セカンドオピニオン外来での相談を申し込みます。

平成 年 月 日  
 ご相談者氏名 印

患者様	ふりがな			
	氏名・性別	様 (男・女)		
	生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成)	年	月 日 ( 歳)
	ご住所	〒		
	電話番号	TEL ( )	—	
		携帯 ( )	—	
		FAX ( )	—	
相談者様	続柄	ご本人・ご家族 (続柄 )		
	ご住所	〒		
	電話番号	TEL ( )	—	
		携帯 ( )	—	
		FAX ( )	—	
疾患名	# 1 # 2 # 3			
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書き下さい) *別紙でも構いません				
受診中の医療機関名と 主治医のお名前	住所	科	病院	先生
	TEL			