

(別紙様式1)

東京医科歯科大学病院 歯科 (歯系診療部門) 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、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

(※ セカンドオピニオン外来料：44,000円 セカンドオピニオン外来料(海外在住)：88,000円)

西暦 年 月 日

患者ご本人の署名 (原則として未成年者以外必須)

㊞

ご本人以外の相談者の署名

㊞

患者氏名、性別	ふりがな 氏 名 (男 ・ 女)
生 年 月 日	(西暦) 年 月 日生 (歳)
ご相談者氏名	ふりがな 氏 名 (患者との続柄：)
ご相談者の連絡先	〒 住所： TEL： () FAX： ()
ご相談の具体的な 内容	
主治医の医療機関 とお名前	() 病院・診療所 住所：〒 TEL： () () 科 () 先生