荻窪病院セカンドオピニオン　申込書

私の病状についての診断の内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を下記事項に同意の上、荻窪病院に申し込みをいたします。

- ✔ 「セカンドオピニオン案内」の記載事項
- ✔ 訴訟の目的に使用しないこと
- ✔ 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

西暦　　年　　月　　日

患者本人署名（原則として 18 歳未満以外必須）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

本人以外の場合の相談者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

相談者	□ 本人　　□ 家族
希望診療科	科
患者氏名・性別	ふりがな 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ 男 ・ 女 ）
生年月日（年齢）	（大正・昭和・平成）　　年　　月　　日（　　歳）
相談者氏名	ふりがな 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）
相談者の連絡先	住所 TEL　　（　　）　　FAX　　（　　）
主治医の医療機関とお名前	（　　）病院、診療所 （　　）科 （　　）先生
質問したいこと	