

東京労災病院セカンドオピニオン外来申込書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分に理解し、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料として定められた費用（自費）を支払うことに同意の上、以下の内容により貴院セカンドオピニオン外来での相談を申し込みます。また、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

申込書記入日令和 年 月 日

患者さま	(ふりがな) 氏名	(印)	(男・女)
	生年月日 (年齢)	大正 昭和 平成	年 月 日生 (歳)
	ご住所	〒	
ご相談者さま	(ふりがな) 氏名		
	患者さまとの続柄	ご本人・ご家族 (続柄)	
	ご住所	〒	
連絡先	TEL. ()	TEL. ()	
(電話番号は、携帯電話を含め必ず 連絡の取れる番号を、複数ある場合 は複数をご記入ください。)	TEL. ()	FAX. ()	
	Eメール		
疾患名			
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。 記入欄が不足する場合は、 別紙を付けてください。)			
医療機関名 () 病院, 診療所			
及び主治医名 () 科 () 先生			
主治医の連絡先 (分かる範囲で結構です。)			
TEL. ()		FAX. ()	
Eメール			

- ※ 1 この申込書に記入された個人情報については、本院のセカンドオピニオン外来に関する以外には使用しません。
2 本申込書を受領後、セカンドオピニオン外来受診の可否及び受診日程については、原則、14日以内に連絡いたします。

東京労災病院 地域医療連携室 担当係
〒143-0013 東京都大田区大森南4-13-21
電話 03-3742-7129

受診の可否	受診日時
可・否	令和 年 月 日 時 分