

国家公務員共済組合連合会立川病院 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受診を申し込みます。

年 月 日 氏名 _____ 印

氏名、性別	_____ 様 (男、女)
生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)
ご住所	〒
ご相談者の連絡先	TEL () FAX () Eメール
ご相談者の続柄	ご本人、ご家族 (続柄)
疾患名	# 1. # 2. # 3.
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には 別紙でも結構です。)	
現在の担当医の 医療機関とお名前	() 病院、診療所 () 科 () 先生
担当医のご住所、連絡先 (お分かりになる範囲で結構です)	