ホリスティッククリニック東京セカンドオピニオン外来申込書

私はセカンドオピニオンの主旨を十分に理解し、控訴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を申し込みます。

西暦　　年　月　日　　患者氏名　　印

本人以外の場合の相談者氏名　　印

ご本人 **※カルテ作成のため記入もれないようお願いいたします。**	氏名（しめい）	（男・女）
	生年月日	西暦　　年　月　日　（　歳）
	住所	〒　-
	連絡先	TEL：　（　）　FAX（お持ちの方）　（　）
	続柄	本人　・家族（続柄：　）
相談者様	氏名（しめい）	
	住所	〒　-
	連絡先	**※日程のご連絡をするため、常に連絡可能な番号をお願いいたします。** 電話番号　：　（　） 携帯電話　：　（　） FAX（お持ちの方）：　（　）
	同席者	**※相続者様の同席されるご家族がいらっしゃいましたら、ご記入ください。** 氏名　（続柄：　） 氏名　（続柄：　）
ご本人の現在の状況		医療機関名　（　）通院中　（　）入院中
備　考		

ホリスティッククリニック東京　〒104-0023　東京都中央区八重洲 2-11-3　LINE　VIEW　京橋 3F

※　当院記入

I　D	
相談日時	西暦　　年　月　日　　時　　分～　相談場所：
担当医師	科　先生
備　考	担当者名：