



徳島大学病院セカンドオピニオン外来申込書

私は、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料金を支払うことに同意し、次の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

年 月 日

患者氏名 _____

相談者氏名 _____

患者氏名		性別	男 ・ 女
患者生年月日	大 ・ 昭 ・ 平	年	月 日
相談者	本人 ・ 家族（続柄：		）
相談者氏名		相談者 TEL	（ ） -
相談内容（ご自由にお書き下さい。詳しくは当日までに相談用紙に記入頂いても結構です）			

徳島大学病院・セカンドオピニオン外来

〒770-8503 徳島市蔵本町2-50-1 Tel : 088-633-9654 Fax : 0120-33-5979