

FAX 042-346-1681

様式 1

国立精神・神経医療研究センター病院 セカンドオピニオン外来 申込書

(脳神経外科・脳神経内科・脳神経小児科・精神科・総合内科・てんかんセンター
認知症センター・睡眠障害センター)

他医療機関の診療方針に関し、国立精神・神経医療研究センター病院の意見を聞くための相談として、またこの行為は自由診療であり保険診療と料金設定が違うことを了承の上、セカンドオピニオン外来受診の申し込みを致します。

ふりがな		性別	男・女			
患者さん氏名						
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 -					
電話番号/FAX番号	/					
相談申込者	患者さん本人 / ご家族 (ご関係:)					
ご病名 (疾患名)						
ご相談内容 (記入欄が足りない場合は他の用紙をご利用頂いても結構です)						