

国立精神・神経医療研究センター病院

精神科・小児神経科・脳神経内科・脳神経外科

セカンドオピニオン外来 申込書

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該当科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込みをいたします。

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いただいても結構です)						