

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、自由診療料金として定められた料金を支払うことを了承した上で、矯正専門医による意見や判断により現在の治療に際して参考にいたしたくセカンドオピニオン外来を申込みます。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様の住所・お名前・性別 ・生年月日・連絡先	〒 _____ - _____ 住所： _____
	ふりがな お名前 _____ 男 ・ 女
	生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
	電話番号 (_____) _____ - _____
相談者の方の住所及び連絡先 (患者様が相談者の場合は記載不要)	〒 _____ - _____ 住所： _____
	ふりがな お名前 _____ 男 ・ 女
	電話番号 (_____) _____ - _____
	患者との関係 ご家族・その他 (_____)
患者様の現在の状況	治療開始年齢： _____ 歳 <input type="checkbox"/> 現在も通院中→通院してから(_____ 年 _____ ヶ月目) <input type="checkbox"/> 中断している→中断してから(_____ 年 _____ ヶ月目) 通院先医療機関名及び主治医のお名前 歯科医院名： _____ 主治医氏名： _____
お持ちいただいた資料 (チェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 治療開始前の口腔内写真 <input type="checkbox"/> 治療開始時の契約用紙 <input type="checkbox"/> 治療開始前の口腔内模型 <input type="checkbox"/> 治療中の経過口腔内写真 <input type="checkbox"/> 治療開始前の顔面写真 <input type="checkbox"/> 治療中記録のカルテ <input type="checkbox"/> 治療開始前のレントゲン写真 <input type="checkbox"/> 使用中の着け外し式装置 <input type="checkbox"/> 治療開始時の治療計画用紙 <input type="checkbox"/> その他(_____)
ご相談の内容 (足りない場合は裏面に記入下さい)	

※ 相談内容によりお引き受けできない場合がありますので、ご了承ください。