

# 東北大学病院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及び自由診療料金として32,400円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受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 印

患者さま情報	フリガナ ご氏名	様 (男・女)		
	当院受診歴の有無	( 有 ・ 無 )		
	生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成)	年 月 日	( 歳)
	ご住所	〒		
	ご連絡先	tel. ( )	fax. ( )	
ご相談に来られる方	ご本人 ・ ご家族 (続柄 )			
ご相談者情報 <small>※日中連絡の取れる連絡先をご記入ください</small>	フリガナ ご氏名			
	ご連絡先	tel. ( )	fax. ( )	
疾患名	#1. #2. #3.			
ご相談の 具体的な内容				
受診希望診療科名				
紹介元医療機関	主治医の医療機関 ご氏名	( )	( ) 病院、診療所 ( ) 科 ( ) 先生	

【同意書】 ※ご家族の方のみでご相談する場合は必ず下記にもご記入ください。

私(患者さま氏名) \_\_\_\_\_ は、 (ご相談者) \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします  
平成 年 月 日  
患者さま氏名 \_\_\_\_\_ 印

【送付先】 東北大学病院 地域医療連携課 地域医療支援係

〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町1番1号  
TEL 022 (717) 8885 / FAX 022 (717) 8886

※ 以下は記載しないでください。

本院からの連絡予約日時 : 平成 年 月 日 ( ) 時 分 科