

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込みます。

平成 年 月 日 氏名 印

患者さん情報	フリガナ 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)
	住所	〒	
	連絡先	tel. () fax. ()	
相談に来られる方	本人 ・ 家族 (続柄)		
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 氏名		
	連絡先	tel. () fax. ()	
疾患名	#1. #2. #3.		
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	() 病院、診療所 () 科 () 先生	

【同意書】 ※ご家族のみで相談する場合は必ず下記にもご記入ください。

私(患者さん氏名) _____ は、(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

患者さん氏名 _____ 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