

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 ㊟

(H30.10更新)

患者さん情報	フリガナ		男・女
	氏名 (旧姓)		
	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 ※日中連絡の取れる連絡先 をご記入ください	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			
紹介元医療機関	科		病院 診療所 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、貴院担当医が(相談者) _____ に対して、私の疾患に係る診断、治療内容及び今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛に報告書を作成することに同意いたします。

平成 年 月 日

患者さん氏名 _____ ㊟

【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。

予約日時 : 平成 年 月 日 () 時 分 ~ () 科
() 先生