

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33,000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。

令和 年 月 日 氏名 ⑩

(R1.10月更新)

| | | | |
|---------------------------------------|----------------|-------------------------|-----------------|
| 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・令和) 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。

令和 年 月 日

患者さん氏名 _____ ⑩

【送付先】東北大学病院 地域医療連携センター(セカンドオピニオン担当)

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

※以下は記載しないでください。

予約日時 : 令和 年 月 日 () 時 分 ~ () 科
() 先生