

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定められた金額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

印

(R2.7月更新)

希望の方式	<input type="checkbox"/> 対面によるセカンドオピニオン	<input type="checkbox"/> オンラインセカンドオピニオン	
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	<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 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 _____ 印

【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