

東北大学病院 セカンドオピニオン外来 申込書

以下の点全てに同意し、セカンドオピニオンを申し込みます。

- ・ 転医・転院目的の相談ではないこと。
- ・ 紹介元の医療機関の医師と同じ見解、あるいは当院が提案できる治療法がない可能性があること。
- ・ 主治医に対する不満、医療事故・訴訟を目的にしている方、亡くなられた方の相談は対象とならないこと。
- ・ 自由診療料金として、当院で定められた金額を支払うこと。
- ・ その他、「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項についても確認・了承の上で申し込むこと。

年 月 日 患者さん氏名(自署)

(2026.10月更新)

希望の方式	☐ 対面 ☐ オンライン						
患者さん情報	フリガナ				男・女	当院受診歴	有・無
	氏 名 (旧姓)						
	生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 (歳)					
	住 所	〒 -					
※平日連絡の取れる 連絡先をご記入ください	連 絡 先	自宅	()				
		携帯	()				
相談に来られる方	☐ 本人 ☐ 家族 (続柄:) ご家族のみの場合、別途「セカンドオピニオン相談同意書」の提出が必要です						
相談者情報	フリガナ				続柄		
	氏 名						
※平日連絡の取れる 連絡先をご記入ください	連 絡 先	自宅	()				
		携帯	()				
受診希望診療科	科						
紹介元医療機関	医療機関名						
	ご 担 当 医	科			先生		
	連絡先(連携室等)	()					
相談の目的 (該当するもの すべてに☑を 入れてください)	診断(病名や病期)について ☐ 現在提示されている「病名」や「ステージ(進行度)」が正しいか意見を聞きたい ☐ 提示された診断に対する、現在の「体の症状」について詳しく相談したい 治療方針について ☐ 外科的治療法と内科的治療法のどちらを選ぶかで迷っている ☐ 提示されている治療法(手術・抗がん剤等)が、自分に最適か確認したい ☐ 他に選択肢(新しい治療法や、より体への負担が少ない治療法など)がないか知りたい ☐ 複数の治療法を提示されており、どれを選ぶべきか専門医の意見を聞きたい ☐ 現在の治療の効果に不安があり、今後の見通しについて相談したい 手術・検査について ☐ 提示された手術(または検査)の必要性や、リスクについて詳しく聞きたい ☐ 「手術は難しい」と言われたが、本当に不可能なのか意見を聞きたい その他 ※箇条書きでご記入をお願いします						

※資料が揃いましたら、申込書とあわせて下記まで郵送(追跡可能な郵便)または、宅配便でお送りください。

【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(直通)

【受付時間】平日 8:30~17:00 (祝祭日・年末年始を除く)