

東北医科薬科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22,000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。

年 月 日 氏名 印

患者様情報	フリガナ ご氏名	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・令和)	年 月 日	(歳)
	ご住所	〒		
	ご連絡先	電話:	FAX:	
相談に来られる方	ご本人 ・ ご家族(続柄)			
ご相談者情報 注:日中に連絡がとれる 連絡先をご記入下さい	フリガナ ご氏名			
	ご連絡先	電話:	FAX:	
疾患名	1:			
	2:			
	3:			
ご相談の具体的内容				
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		
	医師名 ())科 (先生)		

【同意書】 ご家族の方のみで相談する場合は必ず下記にもご記入下さい

私(患者様の氏名)_____は(ご相談者)_____ に対して、貴院担当医が私の疾患についての治療 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、私の主治医宛ての報告書が作成されることについて同意いたします。 年 月 日 患者様氏名 印
--

【送付先】 東北医科薬科大学病院 患者支援・医療連携センター(医療連携室)

〒983-8512 宮城県仙台市宮城野区福室1-12-1

電話 022-388-9593 FAX 0120-25-9121

* 以下は記載しないで下さい

本院からの連絡予約日時 年 月 日() 時 分 科