東北労災病院　セカンドオピニオン外来申込書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分に理解し、訴訟等の目的に使用しないこと及びセカンドオピニオン料として定められた費用(自費)を支払うことに同意のうえ、以下の内容により貴院がんセカンドオピニオン外来での相談を申し込みます。また、私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意します。

申込書記入年月日 :　　年　　月　　日

患者さん	(ふりがな) 氏　名	(印)	(男 ・ 女)
	生年月日(年齢)	大・昭・平・令　　年　　月　　日生 (　　歳)	
	ご住所	〒	
ご相談者さん	(ふりがな) 氏　名	(印) (ご本人の場合はこちらの【氏名】欄と【患者さまとの続柄】欄のみ記載してください)	(男 ・ 女)
	患者さまとの続柄	ご 本 人 ・ ご 家 族　　(続柄　　)	
	ご住所	〒 (ご本人の場合は【ご住所】欄は記載不要です)	
連　絡　先 (携帯電話を含め、必ず連絡の取れる番号をご記入ください)		TEL.　　(　　)　　TEL.　　(　　)	
		TEL.　　(　　)　　FAX.　　(　　)	
		Eメール	
疾　患　名			
ご相談の具体的内容 (ご自由にお書きください)			
医療機関名 及び主治医名		(　　) 病院、診療所	
		(　　) 科　(　　) 先生	
主治医の連絡先 (わかる範囲で結構です)		TEL.　　(　　)　　FAX.　　(　　)	
		Eメール	

(1) この申込書に記載された個人情報については、本院のセカンドオピニオン外来に関すること以外には使用しません。

(2) 本申込書を受領後、セカンドオピニオン外来受診の可否及び受診日程については、原則14日以内に連絡いたします。

〒981-8563 宮城県仙台市青葉区台原4-3-21

東北労災病院 地域医療連携センター 担当係　電話 022-275-1467

※ 受診の可否について　　可 ・ 否 (その理由　　)

本院からの連絡予約日時:

年　月　日(　)　時　分　　科・担当医