

東北労災病院がんセカンドオピニオン外来申込書

がん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上、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、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

申込書記入日：平成 年 月 日

患者さま	(ふりがな) 氏 名	(印) (男・女)
	生年月日 (年齢)	大正 昭和 平成 年 月 日生 (歳)
	ご住所	〒
「」相談者さま	(ふりがな) 氏 名	(印)
	患者さまとの続柄	ご本人 ・ ご家族 (続柄)
	ご住所	〒
連 絡 先 <small>(電話番号は、携帯電話を含め必ず 連絡の取れる番号を、複数ある場合 は複数をご記入ください。)</small>	TEL. ()	TEL. ()
	TEL. ()	FAX. ()
	E メール	
疾 患 名		
ご相談の具体的な内容 (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 (分かる範囲で結構です。)	TEL. ()	FAX. ()
	E メール	

1. この申込書に記入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以外には使用しません。
2. 本申込書を受領後、がん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 地域医療連携室 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:

平成 年 月 日 () 時 分 科