

宮城県立こども病院セカンドオピニオン相談申込書

私は、セカンドオピニオン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のセカンドオピニオンでの相談を申込みます。また、主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

※ 太線枠内をご記入ください。

申込書記入日		年 月 日	
患者さん	ふりがな		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 (満 歳)	
	住 所	〒	
相談者	ふりがな		
	氏 名		
	住 所	〒	
	電話番号	(自宅)	(携帯)
疾患名			
相談の具体的な内容			
※記入欄が不足する場合は別紙に記入いただいても結構です。			
紹介元医療機関	医療機関名		
	診 療 科		主治医名 先生
	住 所	〒	
	電 話 番 号		

1. この申込書に記載された個人情報については、当院のセカンドオピニオンに関する以外には使用いたしません。
2. 本申込書を受領後、セカンドオピニオン対応の可否及び日程については、原則7日以内にご連絡いたします。
3. ご持参いただく文書、レントゲンフィルム等については、当院保管用としてコピーをいたしますのであらかじめご了解ください。
4. 患者さんが未成年の場合、ご相談者との続柄を示す書類（健康保険証・母子手帳等）をご持参提出ください。
5. 患者さんご本人が来院しない場合、相談者を証する書類（運転免許証・健康保険証等）をご持参ください。

【 問い合わせ先 】

〒989-3126 仙台市青葉区落合四丁目3番17号
 宮城県立こども病院 地域医療連携室
 TEL 022-391-5115 FAX 022-391-5120

受入の可否	可 ・ 否
来院日時	年 月 日 ()
	時 分 から
担当医	科 医師