東京臨海病院　セカンドオピニオン　申込書（患者記入用）

医療事故、訴訟などに関わる相談はいたしません。
また、セカンドオピニオン終了後には、かかる費用（健康保険適用外の自費料金）の支払いについて、及び貴院の担当医師より患者の主治医あてに報告書が提出されることに同意いたします。

記入日（西暦）　　年　　月　　日

以下の点に同意しセカンドオピニオンを申し込みます

- □ 患者本人は、18 歳以上です
- □ 患者への病名・病状の告知は済んでいます
- □ 主治医からのセカンドオピニオンに必要な診療情報提供書、検査データ等の資料が用意できます
- □ 東京臨海病院での治療は希望しません
- □ 患者本人以外のご相談の場合、ご本人の相談同意書は準備できます
- □ 主治医に対する不満、転院希望、医療事故、訴訟に関する相談は希望していません
- □ 健康保険等の対象とはならず、相談の料金などは了解しています
- □ 患者本人やご相談者は日本在住です

フリガナ		性　別
患者氏名		（　男　・　女　）
生年月日	（ Ｔ・Ｓ・Ｈ ）　　年　　月　　日生（　　歳）	
住所	〒	
相談者	本人　・　本人以外　（氏名　　続柄　　） ※本人が来院されない場合は相談同意書が必要です	
相談者の連絡先	電話番号　　―　　― 携帯番号　　―　　―	
診療科		

2022/07/01　医療連携室　作成