

## 東京大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来 申込書

私の病状について診断の内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を、下記事項に同意の上、東大病院に申込みをいたします。

- ✓ 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
- ✓ 訴訟の目的に使用しないこと
- ✓ 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

平成 年 月 日

患者本人署名（原則として18歳未満以外必須） \_\_\_\_\_ 印  
本人以外の場合の相談者署名 \_\_\_\_\_ 印

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
希望診療科	_____科 希望医師名 _____
患者氏名・性別	ふりがな 氏名 _____ (男・女)
生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
相談者氏名	ふりがな 氏名 _____ (続柄: _____)
相談者の連絡先	住所: 〒  TEL ( ) FAX ( ) 日中の連絡先又は携帯 _____
主治医の医療機関とお名前	( ) 病院・診療所 ( )科 ( )先生

(病院記入欄)

実施の可否	可・否 (否の場合は理由を作成ください。申込者に送付します)	診療科担当	科長確認
相談予定日	第1候補: 年 月 日( ) 時 分(担当医師 )		
	第2候補: 年 月 日( ) 時 分(担当医師 )		
	第3候補: 年 月 日( ) 時 分(担当医師 )		
申込書受理日	連絡日時(担当)	備考	
年 月 日	年 月 日( )		