東大病院 オンライン・セカンドオピニオン外来 申込書

私は、私の病状に関する診断内容および現在・今後の治療方針について、
貴院よりセカンドオピニオンの提供を受けることを希望し、下記の事項に同意のうえ申込みます。

- ☐ セカンドオピニオン外来相談時に、当院での検査・治療など診療行為を希望しないこと
- ☐ 最初から転医・転院が前提の相談ではないこと
- ☐ 主治医に対する不満、医療過誤および裁判係争中に関する相談ではないこと
- ☐ 医療費の内容、医療給付に関する相談ではないこと
- ☐ 主治医が了承した上での相談であること
- ☐ 訴訟の目的に使用しないこと
- ☐ 自由診療料金として当院で定められた金額を支払うこと
- ☐ 日本の保険証（マイナ保険証または資格確認書）を持っていること
- ☐ ショートメッセージ（SMS）受信のうえオンライン診療システム利用登録を実施すること
- ☐ EPARK スマートガイドシステム（あと払い）の利用登録を実施すること
- ☐ その他「オンライン・セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項を全て確認し、同意すること

※ ↑上記内容を確認し、同意した項目すべてにチェック☑を入れたうえで、下記に署名してください。

令和　　年　　月　　日

患 者 本 人 署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名）

相談者（家族）署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名）

※家族のみでのご相談の場合でも、「患者本人署名」は必ず患者ご本人が自筆でご署名ください。
ご本人が署名できない場合はその理由をご記入ください（※18 歳未満の場合は記載不要）。

相談者（来院される方）	☐ 本人のみ　☐ 家族のみ（3 親等以内）　☐ 本人および家族
相談を希望する診療科	科　※調整の結果、ご希望に沿えない場合があります
患者氏名・性別	ふりがな 氏　名　（ 男 ・ 女 ）
生年月日（年齢）	（ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 ）　年　月　日生（　歳）
相談者（家族）氏名 （家族のみ来院時記載）	ふりがな 氏　名　（続柄：　）
相談者住所・連絡先 （本人来院時は本人、 本人不在時は家族）	住所：〒 **携帯番号：**ショートメッセージ（SMS）送付先 ＿＿＿＿＿＿＿＿
現在の主治医の氏名 医療機関・診療科名	病院 ・ 診療所 科　先生
提出書類 チェックリスト	☐ 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相談シート ☐ 診療情報提供書（紹介状） ☐ 相談同意書（必要時）　☐ その他検査結果・画像 CD-ROM など（必要時）

オンライン・セカンドオピニオン