

セカンドオピニオン外来申込書・同意書

下記のいずれかにご連絡ください。(仙台赤十字病院 地域連携室)

■ FAX (022)243-4718

■ Mail renkei@sendai.jrc.or.jp

仙台赤十字病院 病院長 宛

相談者	<small>フリガナ</small> 氏名 _____ 男・女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) ご住所 _____ 連絡先 _____ メールアドレス _____ @ _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外:本人との関係() ※当日、身分が証明できるものを持参
病名	
現主治医	【病院名】 _____ 【現主治医名】 _____
ご相談内容	*ご自由にお書きください
希望日時 (希望順)	① 月 日() : ② 月 日() : ③ 月 日() :

以下の1~5全ての内容に同意し、申請します。

1. 訴訟などの目的に使用しないこと
2. 患者・家族に関わらず自由診療料金として定められた金額を支払うこと
4. 原則として、主治医に戻ることに
(当院あるいは他院での治療を希望する場合は、現在の主治医から改めて御紹介いただきます)
5. 文書作成が必要な際には、作成時間も費用に含まれます