

セカンドオピニオン申込書

※太枠内をご記入の上、下記送付先まで郵送願います。

申込書記入日 令和 年 月 日

患者 氏名等	フリガナ		
	氏 名	男・女	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日生（ 歳）
	住 所	〒	
	電話番号	TEL :	
代理相談者 氏名等	※患者様ご自身が相談される場合は、記入していただく必要はございません。		
	フリガナ		
	氏 名	続柄 :	
	住 所	〒	
	電話番号	TEL :	
現在の 通院先・ 入院先	病名		
	医療機関名	診療科名	【通院中・入院中】
	医療機関住所		
	電話番号	主治医名	
相談内容 （具体的に ご記入く ださい）	希望診療科		
☐ オンライン対応希望の場合は、 ☒ を入れてください。（血液内科のみ） メールアドレス（			

※セカンドオピニオンの可否及び相談日程については、原則として本申込書受領後7日以内にご連絡させていただきます。

送付先 ： 東京都健康長寿医療センター 医療サービス推進課 セカンドオピニオン担当
 〒173-0015 東京都板橋区栄町35番2号 電話03（3964）1141

東京都健康長寿医療センター セカンドオピニオン相談同意書

東京都健康長寿医療センター長 殿

1. セカンドオピニオン申込についての同意

私は、貴センターでのセカンドオピニオンを申し込むにあたり、以下の事項に同意いたします。

- ・主治医からの診療情報提供書、検査・画像データ等の資料を持参又は郵送すること。
- ・相談内容は書面で主治医に報告されること。
- ・相談内容を医療訴訟などに利用しないこと。
- ・過去の治療の妥当性に関する相談や、死亡した患者を対象とする相談ではないこと。
- ・主治医に対する不満や医療訴訟、医療給付等に関する相談ではないこと。
- ・相談終了後は東京都健康長寿医療センターにて定められた料金を支払うこと。

30 分まで 11,000 円、以降 30 分ごと 11,000 円（消費税込）。

2. 相談者が患者本人ではない場合の同意

私（患者）がセカンドオピニオン外来を直接受診出来ない場合は、本同意書を提出した下記代理相談者に対して、貴センター担当医師が私（患者）の疾患について意見や判断を述べることに同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

患者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住 所 _____

電話番号 _____

《相談者が患者本人ではない場合》

フリガナ

代理相談者 _____ 続柄〔 _____ 〕

注）この同意書は患者本人が記入してください。代筆の場合は理由をご記入ください。

（代筆理由）