

オンライン相談同意書兼申込書

記入日 令和 年 月 日

↓チェック欄	
☐ 下記「オンライン相談同意事項」に同意し、オンライン相談の申込及び相談料の支払を行います。	
オンライン 相談 同意事項	・症状や病気について、一般的に考えられる検査・治療の選択肢や、診察・検査・治療を受ける必要性について相談すること。 ・相談者は患者本人であり、日本語による相談であること。 ・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ではないこと。 ・医師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5,000円。30分を超える場合、10分毎に1,500円、最長60分まで。)
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 :
これまでの 通院先・ 入院先	病名
	医療機関名 診療科名
	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
Webex 送付用のアドレスを記載してください。 メールアドレス ()	

※太枠内をご記入の上、下記送付先まで郵送願います。

〒173-0015 東京都板橋区栄町35番2号

東京都健康長寿医療センター 医療サービス推進課 オンライン相談担当

Tel03(3964)1141 Fax03(3964)2962