

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  |   |
| <input type="checkbox"/> 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<br>相談<br>同意事項   | <ul style="list-style-type: none"><li>・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。</li><li>・相談者は患者本人であり、日本語による相談であること。</li><li>・相談内容を医療訴訟などに利用しないこと。</li><li>・過去の治療の妥当性に関する相談ではないこと。</li><li>・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。</li><li>・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。<br/>(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。)</li></ul> |
| 患者<br>氏名等   | フリガナ<br>氏 名 男・女<br>生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 歳)   |
|   | 住 所 〒<br>電話番号 TEL :   |
| これまでの<br>通院先・<br>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<br>(具体的に<br>ご記入くだ<br>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。<br>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