# Application for Overseas Online Second Opinions Service海外オンラインセカンドオピニオン申込書

Date of application/日付: DD / MM / YYYY\_　Applicant's Name/相談者名: 　　　　　　　　　　　\_

## Patient Information/患者情報

Name /氏名:　　　　　　　　　　　\_ ( ☐ Male/男 　☐ Female/女 )

Date of Birth/生年月日 (Age/年齢): 　DD / MM / YYYY\_ ( \_\_\_\_\_ years old/歳 )

Address/住所: 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　\_

Home Phone number電話番号: +（with country code） 　　　 　　 　　　　　\_

Mobile Phone number/携帯電話: +（with country code）　　　　　　　　　　　　　　 　　\_

Relationship to the Patient/相談者の続柄:
☐ Self/本人
☐ Family/家族 (Relationship/続柄: \_\_\_\_\_\_\_\_ )

Name of Disease (to the extent known)/疾患名（わかる範囲で）:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　\_

Please provide specific details about your consultation request /相談の具体的な内容:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 \_

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 \_

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　\_

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 \_

## Current Medical Institution and Attending Physician/かかりつけ医療機関と主治医名

Hospital/病院 / Clinic/医院: 　　　　　　　　　　　　　 \_

Department/診療科: 　　　　　　　　　　　　　　　　　 \_

Physician's Name/医師名: Dr. 　　　　　　　　　　　　　 \_

Contact Information of Attending Physician (if known)/ 主治医の連絡先（わかる範囲で）:

Phone number/電話番号: +（with country code）\_

# Consent Agreement for Medical Consultation医療相談に関する同意書

To ensure a respectful, appropriate, and effective medical consultation, we kindly ask for your understanding and agreement with the following conditions. By signing this document, you acknowledge that consultations provided by our hospital do not cover the following topics and that you agree to comply with these limitations.

当院では、適切で円滑な医療相談を行うため、以下の内容についてご理解とご協力をお願いしております。本書に署名いただくことで、以下の項目に関するご相談はお受けできないことにご同意いただいたものといたします。

1. Medical malpractice, medical lawsuits and other issues/医療過誤や訴訟に関するご相談

2. Consultation regarding details of medical expenses and medical benefits/

医療費や保険給付に関するご相談

3. Dissatisfaction with attending physician/主治医への不満に関するご相談

4. Requests for hospital or physician transfer /転院や転医に関するご相談

5. About a patient who has passed away/亡くなられた患者様に関するご相談

6. Consultations regarding psychiatric or mental health conditions/精神疾患に関するご相談

7. If you are unable to submit necessary documents/必要な医療資料をお持ちでない場合

8. If the content of the consultation is outside our expertise/当院の専門外の内容である場合

By signing below, you confirm that you have read, understand and agree to the above conditions.

本書に署名いただくことで、上記の内容をご理解・ご同意いただいたものといたします。

Date/日付: 　　　 /　　　 /　　　\_

Patient’s Name/患者氏名: 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　\_

Signature/署名: 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　\_

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2025.5作成