

愛育病院セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来相談を申し込みます。

平成	年	月	日	ご相談者氏名	印
ふりがな	(ふりがな)				
患者さん氏名、性別	氏 名 様 (女 ・ 男)				
患者さんの生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)				
患者さんの住所・連絡先	〒 TEL (携帯)				
ご相談者の氏名・続柄	(ふりがな) 氏 名 ご本人・家族 (続柄)				
ご相談者の住所・TEL (患者さん以外の場合のみ記入)	〒 TEL (携帯)				
ご相談の希望日	月 日から 月 日まで				
ご相談の希望診療科	科 医師名 ()				
疾患名					
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合は別紙でも結構です)					
現在おかけの医療機関名 診療科 医師名	() 病院、診療所 () 科 () 先生 所在地 住所・連絡先 () (お分かりになる範囲で結構です)				

確定内容 (病院記載欄)

相談日時：平成 年 月 日 () 時 分

担当医： 科 先生

- * セカンドオピニオンは一般外来予約では受けられません。
- * 料金は 30 分以内 21,000 円 (税込) 30 分超 45 分まで : 31,500 円 最長 60 分まで : 42,000 円
60 分を超える場合は、2 回目の予約をとっていただく場合があります。
- 全額自己負担で健康保険は適用されません。
- * ご相談日はご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

愛育病院

セカンドオピニオン外来 相談同意書

私（患者さん氏名）_____は、本同意書を持参しました

（ご相談者）_____（患者さんとの続柄：_____）

に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

平成 年 月 日

氏 名 : _____

住 所 : _____

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生

注) セカンドオピニオン外来当日にお持ちいただき、ご提出ください。

なお、ご相談者の方は患者さんとの関係を証明するものをご持参ください。