セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

					十八 十 月	
(フリガナ)			/ B / \	生年月日	明·大·昭·平	
患者様の氏名			(男・女)		年月	1 日
現住所	₹			電話	()	
				FAX	()	
(フリガナ)			患者さまとの関係	検査資料 検査資料	┃	
相談者氏名				快且貝科	行 · 無	
	第1希望	月 日	- - 午前 · 午後			
希望日時	第2希望	月 日	午前 • 午後	希望受診科		科
	第3希望	月 日	午前 • 午後			
相 談 に	ご本人	ご本人とこ	77	'掟	(○で囲んでください	.)
来られる方	ー は こる					•)
(1) 病名又は症状(現状をわかる範囲で書いてください)						
 (2) 現在、 口入院中 口通院中 の病院(診療所)名						
 住						
病院(診療所)名:						
主治医のお名前:						
1						
(3) 患者様ご本人の同意の有無 有・無 (4) 患者様と同居の有無 有・無						
(5) 当院での受診歴はありますか。 有(受診科: 科)・無						
有の場合はカルテ番号 ID:						
同意書						
】 1. 主治医の診断、治療方針をジャッジするものではありません。						
2. 医療訴訟を目的とするものではありません。						
3. 治療行為は行いません。						
4. 主治医に説明内容を返書します。						
5. 料金等(全額自費)については規定の料金を請求します。						
※原則として相談時間(返書記載時間を含む)は 60 分以内とします。 60 分以内は基本料金として 32,400 円						
(税込)をお支払いただきます。60分を超える場合は15分毎に3,240円(税込)をお支払いただきます。						
30 分以内(返書記載時間を含む)の場合は 16,200 円(税込)をお支払いただきます。						
上記の項目について同意いたします。						
		署名(患者様ご本人):_		<u> </u>	

注)ご相談者が患者様ご本人の場合は、(3)(4)の記載は不要です。

兵庫医科大学病院

〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町 1-1 TEL 0798-45-6035 お問合せ先: 医療支援センター FAX 0798-45-6002