セカンドオピニオン外来申込書

20　　年　　月　　日

(フリガナ) 患者様の氏名	(男 ・ 女)	生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日
現住所	〒	電話 FAX	(　　) (　　)
(フリガナ) 相談者氏名	患者さまとの関係	検査資料	有 ・ 無
希望日時	第 1 希望　　月　　日　午前 ・ 午後 第 2 希望　　月　　日　午前 ・ 午後 第 3 希望　　月　　日　午前 ・ 午後	希望受診科	科
相 談 に 来られる方	ご本人　　ご本人とご家族一緒　　ご家族　　(〇で囲んでください)		

(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、 □入院中 □通院中　 の病院(診療所)名

住　　所:〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病院(診療所)名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医のお名前:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(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:＿＿＿＿＿＿＿＿ー＿＿

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):＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

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