

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	希望受診科	科
	第2希望	月 日 午前・午後		
	第3希望	月 日 午前・午後		
相談に 来られる方	ご本人	ご本人とご家族 一緒	ご家族	(○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、 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 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	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 33,000 円(税込)をお支払いいただきます。60 分を超える場合は 15 分毎に 3,300 円(税込)をお支払いいただきます。 30 分以内(返書記載時間を含む)の場合は 16,500 円(税込)をお支払いいただきます。				
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