

20 年 月 日

(フリガナ) 患者さん氏名	(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	患者さんとの関係		検査資料 CD-R等	有・無
希望日時 (※1)	第1希望 第2希望 第3希望	月 日 午前・午後 月 日 午前・午後 月 日 午前・午後	希望受診科 希望医師	科 医師
相談に 来られる方	ご本人	ご本人と ご家族(ご親族)	ご家族(ご親族) (※2)	(○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) <input type="checkbox"/> 別紙参照				
(2) 現在、 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 の医療機関名 住 所: 〒 医療機関名: _____ 主治医のお名前: _____ 担当者名: _____ T E L: _____ F A X: _____				
(3) 兵庫医科大学病院での受診歴はありますか。 有 (受診科: _____ 科) ・ 無 有の場合、診察券番号: _____				
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. 診察、検査、治療行為は行いません。				
4. 主治医に説明内容を返書にてお知らせします。				
5. 相談費用(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。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。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。				
上記の項目について同意いたします。				
署名(患者さんご本人): _____				
代筆者: _____ 続柄: _____				
※患者さんご本人が18歳未満もしくは自筆困難な場合は、ご家族(ご親族)が代筆ください。				

※1 受付後、日程調整に1~2週間、お時間をいただいております。

※2 相談に来られる方がご家族(ご親族)のみの場合、②「代理相談同意書」が必要です。

(18歳未満の患者さんは不要です)

* 当申込書の原本は実施日当日にお持ちください。

<申込先> 兵庫医科大学病院 医療支援センター
〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1-1
TEL: 0798-45-6035 FAX: 0798-45-6002