

セカンドオピニオン外来申込書

申込年月日： 令和 年 月 日

ID番号 _____

受診される患者さんの氏名・住所・電話番号などをご記入下さい				
フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢
氏 名		男	明治・大正・昭和	年 月 日 歳
		女	平成・令和	
現住所	〒 _____			
自宅電話番号			本人携帯番号	
() _____			() _____	

※ 患者さんご本人が受診されない場合、ご記入下さい。

フリガナ		患者さんとの 関係	
相談者 氏 名			
現住所	〒 _____		
自宅電話番号		本人携帯番号	
() _____		() _____	

下記の質問にお答えください（分かる範囲でかまいません）

【相談を希望される診療科】			
外科 ・ 乳腺センター ・ 消化器・IBDセンター ・ 泌尿器科 ・ 放射線治療センター ・ 分からない			
【相談目的】			
【患者さんの今までの経過】			
【患者さんの現在の状況】 (入院中 ・ 外来通院中)			
【入院先又は通院先】			
医療機関名		診療科	科
所在地		医師名	医師
電話番号	() _____		

【セカンドオピニオン外来の料金】
健康保険の対象外ですので自費扱いになります。20分まで11,000円（税込）。超過は10分毎に5,500円（税込）加算されます。
※放射線治療センター希望の場合は、30分まで、33,000円（税込）、超過は10分毎に5,500円（税込）加算されます。
※オンラインによる診察の場合、上記の他に別途予約料5,500円（税込）、通信料550円（税込）がかかります。

※ 患者さんご本人が受診されない場合は、下記同意書に患者さん本人がご記入下さい。

同 意 書			
大船中央病院 病院長 殿			
私は、私の病状についてセカンドオピニオンを依頼いたします。私の代理として			
_____ に病状等の内容について話をすることに同意いたします。			
年 月 日		※患者さん本人が未成年及び意識障害、心神喪失 の場合はご記入下さい。	
患者氏名	印	親権者氏名	印