

セカンドオピニオン特別相談申込書

＜他医療機関の診療方針に対する大手前病院の意見を聞くための相談＞

◎ 以下の点に同意し、セカンドオピニオンを申込みます。(□内にチェックを入れて下さい。)

- 転院目的の相談でないことを了解しています。
- 医師の診断・治療法を裁定するものではなく、治療法の選択及び最終判断は、患者様本人又は、家族が行うことを了解しています。

申込日 年 月 日

相談依頼者	住	〒 -		
	所			
	氏名	フリガナ	年齢	連絡先(電話番号)
			歳	
患者本人・家族・その他 ()				

患者氏名	フリガナ	男 <input type="checkbox"/>	生年月日(満年齢)
		女 <input type="checkbox"/>	大・昭・平 年 月 日(歳)
現住所	〒 -		
連絡先電話番号	① ()	② ()	
FAX番号	()		
現在の診療状況		医療機関名	
当日面談予定者		面談者人数	
相談内容	※ 要点を簡潔に記載して下さい。(用紙が足りなければ、書式は問いませんので別途用紙を添付して下さい。)		
希望があれば、医師名をお書き下さい。なお、当日の勤務状況によって、ご希望に添えない場合もあります。			
科名		医師名	医師

1 個人情報の取扱いについて

特別相談申込書に記載された内容は、大手前病院内で厳重に管理いたします。

但し、病院内の関係する部署・職員に情報を公開することがありますが、相談内容の対処目的以外には一切使用しませんので、予めご了承下さい。

2 事前提出資料

- (1) 診療情報提供書
- (2) 画像データ (DVD 枚, フィルム 枚)
- (3) 保険証
- (4) その他 ()

3 費用

- (1) 30分以内：11,000円
- (2) 60分以内：22,000円
- (3) 60分で打ち切りますのでご了承下さい。

大手前病院 医療相談室

電話：06-6941-0484 (代表)
FAX：06-6966-5336 (直通)